

乳幼児医療費助成金支給申請書

平成 年 月 日

いちき串木野市長 様

申請者 住 所 いちき串木野市 番地

電話番号 0996 ()

氏 名

受給資格者証番号		加入 医 療 保 険	被保険者氏名	
乳 氏 名			被 保 険 者 記 号 番 号	
幼 生年月日	年 月 日			
児 受給資格者との続柄		保 険 者 名		
受給資格者氏名		銀 行	フリガナ	
助成金振込口座		支 店	口座名義人	
	口座番号			

医療機関等証明書(この欄はお手数ですが、医療機関等でご記入願います。)

医 療 機 関 等 証 明 書	診 療 (調 剤) 報 酬 証 明			
	診療月	年 月 分	患 者 氏 名	
	区 分		一 部 負 担 受 領 額	
	入 院	点		円
	外 来	点		円
			薬剤一部負担金(外来)	円
	うち他法制度負担分	点	証明手数料の徴収	無 ・ 有 (円)
	保険の種類	国保 政管 組合 共済 船員		
	上記のとおり一部負担金を受領しました。			
	記 載 欄		平成 年 月 日	
	医療機関等	所在地		
		名称		
		氏名	印	

※ 処 理 欄	区分	一部負担金 A	高額療養費 B	付加給付 C	自己負担額 (A-B-C)D	証明手数料 E	支給決定額 (D-3,000円)+E
	入院	円	円	円	円	円	円
	外来	円	円	円	円	円	円
	薬剤負担金(外来)	円	円	円	円	円	円
	計	円	円	円	円	円	円

注) 申請者は、記名押印に代えて署名することができます。