

子ども医療費助成金支給申請書

年 月 日

いちき串木野市長 様

申請者 住 所 いちき串木野市

電話番号

氏 名

受給資格者証番号		加入 医 療 保 険	被保険者氏名	
子 氏 名			記 号 番 号	
ど 生年月日	年 月 日			
も 受給資格者との続柄			保 險 者 名	
受給資格者氏名				

保険医療機関等証明書（この欄はお手数ですが、保険医療機関等でご記入願います。）

保 険 医 療 機 関 等 記 載 欄	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 組合 共済 船員 協会けんぽ		
	上記のとおり一部負担金を受領しました。			
				年 月 日
		保険医療機関等 所在地 名称 氏名	Ⓢ	

※ 処 理 欄	区分	一部負担金 A	高額療養費 B	附加給付 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。