

◎太枠内は申請者が必ずもれなく記入してください。

子 ども 医 療 費 助 成 申 請 書

令和 年 月 日

名 取 市 長 あ て

住 所
申 請 者
氏 名

印

令和 年 月分の子ども医療費の助成を下記のとおり申請します。

受給者番号								子 ども 氏 名 等	ふりがな 氏 名 (H・R 年 月 日生)
被保険者証 記号・番号	記号：							保 険 種 別	社保 ・ 国保 (本人・家族)
	番号：							保険者の名称	

以下は医療機関において記入してください。

保護者負担金 有 無

外来入院等の区分	1、外 来 2、入 院 (入院 日) 3、訪 問 看 護		
診療点数等及び 医療機関名等	療養の給付等 (注 参照)	診療点数 (療養費の総費用 円)	公費負担について 無 有 (名称) 公費負担額 円 自己負担額 円
	医療機関名等	機関のコード番号 _____ 住 所 氏名・名称 印	
診療科名 (○をつけて下さい)			
1. 内 科 2. 外 科 3. 歯 科 4. 小児科 5. 整形外科 6. 皮膚科 7. 眼 科 8. 耳鼻咽喉科 9. 産婦人科 10. その他 ()			

(注) 接骨、鍼、灸、マッサージの場合は、療養の給付等(療養費の総費用)欄に「保険診療の総費用額」を記入願います。

この用紙は、領収書ごとに一枚、ご記入いただきます。
▼
▼
インク浸透印(シヤチハタ等)では申請できませんので、
ご注意願います。