

様式第7号（第7条関係）

子ども医療費助成申請書		年 月 日
南三陸町長 様	住所 受給者 氏名 個人番号	
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。 記		

子ども医療費 受給者証番号		子ども氏名	氏名 （個人番号 （男・女 年 月 日生）
被保険者証 記号・番号		管 掌 別 保 険 者 名	国保・協会・組合・船員・共済・その他

※外来入院等の区分	外 来	入 院（ 日）	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) 自己負担額	公費負担について 無 有 (名称) 公費負担額 円 自己負担額 円
	外 来 薬 剤 分 (保険対象分のみ)	負 担 額	
	訪問看護療養費分 (保険対象分のみ)	回 数 総 費 用 基本利用料	回 円 円
	医 療 機 関 名 等	機関のコード番号 _____ 住 所 氏 名 ・ 名 称	

※欄は、医療機関で記入してください。

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

以下、町の使用欄です。

	総費用額	保険者負担額	一部負担額	公費負担額	高額・付加	助成決定額
療 養 の 給 付 等						
外 来 薬 剤 分						
訪 問 看 護 療 養 費 分						
計						