

# 記入例

申請日を記入

子ども医療費助成申請書

令和●年●●月●●日

南三陸町長 様

保護者の住所、氏名を記入

住所 南三陸町志津川字沼田●●番地

診療を受けた年月を記入

受給者

氏名 三陸 太郎

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。

7桁の受給者番号を記入

記

子ども医療費 受給者証番号	0300123	子ども氏名	氏名 三陸 花子 (個人番号 . . . . . ) (男・女) R●年●月●日生)
被保険者証 記号・番号	み南10A1234567	管掌別	国保・協会・組合・船員・共済・その他
		保険者名	南三陸町

※外来入院等の区分	外来	入院	対象の子どもの、受給者番号、氏名、個人番号、性別、生年月日、加入の健康保険を記入
※	療養の給付等 (注参照)	診療点 (療養費)	老人保健適用者の自己負担額
診療点数等及び 医療機関名等			有(名称 ) 円 円
	外 (保険)		
	訪問 (保険)		
	医療機関名等	住所	氏名・名称

## 記入は不要です

※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(医療費の総費用)欄に「保険診療の費用額」を記入願います。

以下、市町村の使用欄です。

	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						