

子ども医療費助成金支給申請書

平成 年 月 日

(あて先)出水市長

申請者 住所 出水市

氏名 印

電話番号

受給資格者証番号		加入 医療 保険	被保険者氏名	
子 ど も	氏名		被保険者証 記号・番号	
	生年月日		平成 年 月 日	
受給資格者氏名		保険者名		

※ 申請者は、記名押印に代えて署名することができます。

診療月	平成 年 月	患者氏名	医療機関等証明		
	療養の給付 総点数	保険に係る 一部負担金	証明手数料	医療機関等の 住所・名称・開設者名	
入院	点	円	有(円) 無	平成 年 月 日証明	
外来	点	円		印	
入院	点	円	有(円) 無	平成 年 月 日証明	
外来	点	円		印	
入院	点	円	有(円) 無	平成 年 月 日証明	
外来	点	円		印	
入院	点	円	有(円) 無	平成 年 月 日証明	
外来	点	円		印	

※市記入欄

区分	一部負担金 A	付加給付 の額 B	他法制度に よる負担金 C	自己負担額 (A-B-C) D	証明手数料 E	支給決定額
入院	円	円	円	円	円	円
外来	円	円	円	円	円	円
計	円	円	円	円	円	円
高額療養費	課税額(上位・課税・非課税)		通算回数(回)	世帯合算	円	