

(表面)

子ども医療費助成申請書

年 月 日

石巻市長(あて)

住所

受給者 氏名



電話番号

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 (男・女 年 月 日生)	
被保険者証 記号・番号		管 掌 別	
		保 険 者 名	
振 込 希 望 金 融 機 関 名	銀行・金庫 組合・農協	口座番号	普 当・貯
	本店・支店 出張所	(フリガナ) 口座名義人 受給者との続柄 []	()

※以下は、医療機関等で記入してください。

- ・ 月分をまとめて記入する場合は、太枠のみを使用してください(その際、診療年月日欄には斜線を引いてください)。
- ・ 日にちごとに記入する場合は、太枠以降(裏面)をお使いください。

診療年月日	年 月 日	外来・入院等の 区分	外来・入院(入院 日) ・ 訪問看護	
療 養 の 給 付 等 (注 参 照)	診療点数 (療養費の総費用	点 円)	公費負担について	無・有 (名称) 公費負担額 円
外 来 薬 剤 分 (保険対象分のみ)	負担額	円	自 己 負 担 額	円
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 等	機関のコード番号 _____ 住 所 氏名・名称

(裏面)

診療年月日	年 月 日	外来・入院等の区分	外来・入院(入院 日)・訪問看護	
療養の給付等 (注 参 照)	診療点数 (療養費の総費用)	点 円	公費負担について	無・有 (名称) 公費負担額 円
外来薬剤分 (保険対象分のみ)	負担額	円	自己負担額	円
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	医療機関等	機関のコード番号 _____ 住 所 _____ 氏名・名称 _____ (印)

診療年月日	年 月 日	外来・入院等の区分	外来・入院(入院 日)・訪問看護	
療養の給付等 (注 参 照)	診療点数 (療養費の総費用)	点 円	公費負担について	無・有 (名称) 公費負担額 円
外来薬剤分 (保険対象分のみ)	負担額	円	自己負担額	円
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	医療機関等	機関のコード番号 _____ 住 所 _____ 氏名・名称 _____ (印)

診療年月日	年 月 日	外来・入院等の区分	外来・入院(入院 日)・訪問看護	
療養の給付等 (注 参 照)	診療点数 (療養費の総費用)	点 円	公費負担について	無・有 (名称) 公費負担額 円
外来薬剤分 (保険対象分のみ)	負担額	円	自己負担額	円
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	医療機関等	機関のコード番号 _____ 住 所 _____ 氏名・名称 _____ (印)

⑨ 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「保険診療の費用額」を記入してください。

以下、石巻市の使用欄です。

自己負担額計	円
--------	---

	総費用額	保険者負担額	一部負担額	公費負担額	高額・附加	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						