

記入例

子ども医療費助成申請書

記入日 年 月 日

石巻市長(あて)

住所 保護者(受給者)の
受給者 氏名 住所・氏名・連絡先
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	受給者証に記載の 7桁の番号	子ども氏名	子どもの 氏名・性別・生年月日 (日生)	
被保険者証 記号・番号	子どもの保険情報を記入		種別	国保・協・船・組・共・国保組合
振込希望 金融機関名	銀行・金庫 組合・農協	口座番号	普 当・貯	
	受給者名義の振込希望口座情報を記入		(フリガナ)	()
	本店・支店 出張所	口座名義人	※受給者名義の口座に限る。	

※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	以下、記入不要	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 (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