

## 子ども医療費助成申請書

珠洲市長

年 月 日

申請者 住所

氏名

印

医療費の助成を受けたいので、医療機関の領収書を添えて申請します。

登録番号		加 入 保 険	被保険者 氏名	
子 ど も	氏名		保険証 記号番号	
	生年月日		年 月 日	保険者名
保護者氏名				

処理欄

		一部負担金 合 計	控 除 額 の 内 訳			助成決定額	診療月と入院 は日数を記入	備考
			附加給付額	条例負担金	計			
通 院	県補助	円	円	円	円	円		
	市補助	円	円	円	円	円		
入 院	県補助	円	円	円	円	円		
	市補助	円	円	円	円	円		
助 成 決 定 額 合 計						円		

処理上の注意

- ・ 同月に入院・通院があつた場合は、入院の一部負担金から条例負担金を控除する。
- ・ 備考には育成医療・未熟児養育医療費などの公費負担医療、高額療養費、所得制限者など記入する。

領収書合計枚数      連絡先電話番号

\_\_\_\_\_枚      \_\_\_\_\_

## 子ども医療費助成申請書

珠洲市長

提出日をご記入ください

平成〇年〇月〇日

資格証保護者欄に記載されている方の住所・氏名をご記入ください。

申請者 住所 **珠洲市 〇〇町〇字〇〇番地**

氏名 **珠洲 太郎**

印

医療費の助成を受けたいので、医療機関の領収書を添えて申請します。

登録番号		加入	被保険者氏名	
子ども	氏名	呆	保険証記号番号	
	生年月日		保険者名	
保護者	氏名			

処理欄

で囲まれた部分をご記入ください

	一部負担金合	控除額の内訳			助成決定額	診療月と入院は日数を記入	備考
		附加給付額	条例負担金	計			
通院	県補助	円	円	円	円		
	市補助	円	円	円	円		
入院	県補助	円	円	円	円		
	市補助	円	円	円	円		
助成決定額合計					円		

処理上の注意

- ・同月に入院・通院があつた場合は、入院の一部負担金から条例負担金を控除する。
- ・備考には育成医療・未熟児養育医療費などの公費負担医療、高額療養費、所得制限者など記入する。

領収書合計枚数

〇〇 枚

連絡先電話番号

(0768)8〇-〇〇〇〇