

上天草市子ども医療費申請・請求書

上天草市長 様

平成 〇〇 年 〇〇 月 ×× 日

住所 上天草市 松島町合津3538番地3

氏名 上天草 太郎 印

(電話番号 0969 - 56 - 1111)

子ども医療費助成金を下記のとおり申請・請求します。

記

申請・請求者の記入欄	受給者証番号	12345	保険者名	国民健康保険 健康保険協会 健康保険組合 共済組合
	子ども氏名	上天草 次郎	(該当するものに○を付けてください)	(上天草)
	生年月日	平成 16 年 3 月 31 日	被保険者証記号・番号	上天草 1234

医療機関等の記入欄	診療年月		診療日数	医療費総点数	一部負担金
	平成 年 月分	入院	日	点	円
		通院	日	点	円
	子ども氏名	歯科	日	点	円
		調剤	日	点	円
			日	点	円
上記のとおり一部負担金を領収したことを証明します。 平成 年 月 日 保険医療機関 コード番号 所在地 名称 氏名 印					

上天草市	一部負担金	付加給付額	その他控除額	助成決定額

※ 一部負担金には、保険適用外の金額は含めないでください。
診療を受けた月の末日から1年以内に申請してください(1年を過ぎると無効になります)。