

子ども医療費助成申請書

年 月 日

(あて先) 白 石 市 長

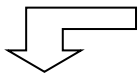
受給者	住所	白石市
	氏名	(Tel)

令和 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。

子ども	受給者証番号											
	氏名	(男・女)		年	月	日生						
健康保険情報	記 号	番 号	1. 社保		2. 国保							
	保険者名	ここには、加入している健康保険者名を書いてください										

* 1 以下は医療機関等で記入してください。

* 2 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。

月分で申請する場合は、こちらに記入してください。
日にち毎に申請する場合は、裏面をお使い下さい。

* 診療年月	令和 年 月診療分	外来入院等の区分	1 外来 2 入院（入院 日） 3 訪問看護
* 療 養 の 給 付 等 (注 1 参照)	診療点数 (療養費の総費用) 点 円	公費負担について	有 ・ 無 (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
* 入院時食事療養分 (保険対象分のみ)	回 数 総 費 用 標準負担額 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 円
* 医療機関	コード番号		
	住所 名称		

㊞

* 欄は医療機関で記入してください。

注 1 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。

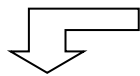
市処理確認

R . . 済

(裏)

* 1 以下は医療機関で記入してください。

* 2 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。



月分で申請する場合は、表面に記入してください。
日にち毎に申請する場合は、こちらに記入してください。

* 診療年月日	令和 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	診療点数 (療養費の総費用)	点 円	公費負担について	有 ・ 無 (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	
* 入院時食事療養分 (保険対象分のみ)	回 数 総 費 用 標準負担額	回 円 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	コード番号				
	住所 名称	⑩			

* 診療年月日	令和 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	診療点数 (療養費の総費用)	点 円	公費負担について	有 ・ 無 (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	
* 入院時食事療養分 (保険対象分のみ)	回 数 総 費 用 標準負担額	回 円 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	コード番号				
	住所 名称	⑩			

* 診療年月日	令和 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	診療点数 (療養費の総費用)	点 円	公費負担について	有 ・ 無 (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	
* 入院時食事療養分 (保険対象分のみ)	回 数 総 費 用 標準負担額	回 円 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	コード番号				
	住所 名称	⑩			