

子ども医療費助成申請書

年 月 日

気仙沼市長 宛

住 所 気仙沼市

保護者又は成年対象者

氏 名

連絡先

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 助成受給者番号		子ども氏名	氏名 (男・女 年 月 日生)	
被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号		保 険 種 別	協会・船・組・共・国保・その他	
		保 険 者 名		
振 込 口 座	金融機関名称	預金種別	口座番号	口座名義人
	銀行 支店 金庫 組合 支所	普通・当座		フリガナ

*外来入院等の区分	外来	入院 (入院 日)	訪問看護
* 診 療 点 数 等 及 び 医 療 機 関 名	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)
	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	公費負担額 円 自己負担額 円
	医 療 機 関 等	機関のコード番号 _____ 住 所 _____ 氏 名 ・ 名 称 _____ ㊦	

*欄は、医療機関で記入してください。

(注) 接骨、はり、きゅう、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。

以下市町村の使用欄です

	総費用額	保険者負担額	一部負担額	公費負担額	高額・付加	助成決定額
療 養 の 給 付 等						
訪 問 看 護 療 養 費 分						
計						

来庁者： 本人 父 母 同一世帯員 別世帯代理人 → 委任状

本人確認： 免許証 マイナンバーカード その他 () 受付： 時 分 []

(様式改正 R4.4～)