

課長	係長	担当

子ども医療費助成金支給申請書

年 月 日

天草市長 様

住所 天草市 町

申請者 氏名

(保護者) 電話

子ども医療費助成金の支給を次のとおり申請します。

申請者の記入欄	子どもの氏名	子どもの生年月日	受給者証番号						
		年 月 日							
	保険者の名称			保険者コード					

医療機関記入欄	診療年月	年 月分	診療実日数	日		
	診療区分	1 入院 ・ 2 入院外 ・ 3 歯科 ・ 4 調剤 ・ 5 その他				
	一部負担額	円	※負担区分	医療費	円	
	レセプト点数	点		高額療養費	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。			附加給付額	円	
				公費負担額	円	
				市助成額	円	
	※欄は、市役所記入					
		年 月 日				
	※医療機関コード					
医療機関の所在地 医療機関の名称 開設者氏名 印						
処理欄						

(備考)

- 1 申請は、治療を受けた翌月から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。
- 2 申請の際には、医療機関より医療機関記入欄に証明してもらうか、又はレセプト点数及び一部負担額が記載されている医療機関の領収書(以下「領収書」という。)を添付してください。
- 3 一部負担額欄には、保険適用外の金額は含めないでください。
- 4 領収書を添付する場合は、複数枚の領収書に係る申請を一括して行うことができます。

記入例

課長	係長	担当

子ども医療費助成金支給申請書

申請者は受給者証に記載されている保護者名を記入します

令和〇〇年〇〇月〇〇日

天草市長 様

住所 天草市 東浜町 8番 1号

申請者氏名 天草 太郎

(保護者) 電話 23-1111

受給者証の内容を記入します

自筆・記名の場合は押印不

子ども医療費助成金の支給を次のとおり申請します。

申請者の記入欄	子どもの氏名	子どもの生年月日	受給者証番号						
	天草 一郎	平成23年4月1日	0	1	2	3	4	5	
	保険者の名称		保険者コード						
	全国健康保険協会 〇〇支部		0	1	2	3	4	5	6

医療機関記入欄	診療年月	平成 年 月 分	診療実日数	日		
	診療区分	1 入院 ・ 2 入院外 ・ 3 歯科 ・ 4 調剤 ・ 5 その他				
	一部負担額	円	医療費	円		
	レセプト点数	点	※負担区分	高額療養費	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。			附加給付額	円	
				公費負担額	円	
				市助成額	円	
	※欄は、市役所記入					
	平成 年 月 日					
	※医療機関コード					
医療機関の所在地						
医療機関の名称						
開設者氏名						
⑩						
処理欄						

※受診した医療機関の領収書が必要です。(レシート等不可)

(備考)

- 1 申請は、治療を受けた翌月から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。
- 2 申請の際には、医療機関より医療機関記入欄に証明してもらうか、又はレセプト点数及び一部負担額が記載されている医療機関の領収書(以下「領収書」という。)を添付してください。
- 3 一部負担額欄には、保険適用外の金額は含めないでください。
- 4 領収書を添付する場合は、複数枚の領収書に係る申請を一括して行うことができます。