

子ども医療費助成申請書(兼請求書)

年 月 日

長洲町長 様

申請者 住所 玉名郡長洲町大字
(請求者) 氏名 印

次のとおり、医療費の助成を申請します。

申請者記入欄	受給者番号			加入保険	記号番号	
	子ども氏名				保険者名	
	生年月日	平成	年 月 日			
医療機関等の記入欄	【診療月】: 年 月					
	入院	日数	総点数 (総医療費)	定率一部負担金 (医療機関受領分)	円	
		日	点 円			
	通院	日数	総点数 (総医療費)	定率一部負担金 (医療機関受領分)	円	
		日	点 円			
	上記のとおり一部負担金を受領しました。 年 月 日 所在地 名称 氏名 印					
	調剤薬局	調剤	日数	総点数	定率一部負担金	円
			日	点		
	上記のとおり一部負担金を受領しました。 年 月 日 所在地 名称 氏名 印					

注 受診した子どもの氏名、生年月日、加入保険等を記入してください。
診療月毎、医療機関及び調剤薬局毎に申請書に証明を受けて、申請してください。(証明が無い場合は、領収書添付でも可。但し、レシートは不可。)

町記入分	総医療費	一部負担金	高額療養費	付加給付	町助成額 = - (-)
	円	円	円	円	円