

## 子ども医療費助成金支給申請書

令和 年 月 日

(宛先) 出水市長

申請者 住所

氏名

(署名又は記名押印)

電話番号

受給資格者証番号		加入	被保険者氏名	
子ども	氏名	医療 保険	被保険者証 記号・番号	記号
	生年月日			平成・令和 年 月 日
受給資格者氏名			保険者名	

診療月	令和 年 月	患者氏名		
医療機関等証明				
	療養の給付 総点数	保険に係る 一部負担金	証明手数料	医療機関等の 住所・名称・開設者名
入院	点	円	有( 円) 無	令和 年 月 日証明  印
外来	点	円		
入院	点	円	有( 円) 無	令和 年 月 日証明  印
外来	点	円		
入院	点	円	有( 円) 無	令和 年 月 日証明  印
外来	点	円		
入院	点	円	有( 円) 無	令和 年 月 日証明  印
外来	点	円		

※市記入欄

区分	一部負担金 A	付加給付 の額 B	他法制度に よる負担金 C	自己負担額 (A-B-C) D	証明手数料 E	支給決定額
入院	円	円	円	円	円	円
外来	円	円	円	円	円	円
計	円	円	円	円	円	円
高額療養費		所得区分(ア・イ・ウ・エ・オ) 通算回数( 回) 世帯合算 円				