

「県内受診で受給者証を使い忘れた場合」や「県外受診の場合」に申請。  
 1. 必要事項を記入し、領収書を添付して、子育て支援課へ提出してください。  
 2. 約3カ月後、登録の金融機関口座へ自己負担額を振り込みます。）

子ども医療費助成申請書

受給者とは制度上、父または母の所得が高い方（もしくは児童を扶養している方）を受給者として設定します。所得の高い方の住所、氏名をご記入ください。

年 月 日

東松島市長 様

診療年月をご記入ください。  
過去2年まで遡及可能です。

住所

受給者

氏名

㊦

年 月 分の子ども医療費の助成を次のとおり申請します。

子ども医療費  
受給者証番号

子ども氏名

氏名

(男・女 年 月 日生)

被保険者証  
記号・番号

業別

協・日・船・組・共・国保

音名

児童氏名、生年月日、性別をご記入ください。

※以下は、医療機関等で記入してください。

|                       |                    |             |                           |                           |
|-----------------------|--------------------|-------------|---------------------------|---------------------------|
| 診療年月日                 | 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<br>(注 参 照)     | 診療点数<br>(療養費の総費用)  | 点<br>円      | 公費負担について                  | 無 ・ 有<br>(名称 )<br>公費負担額 円 |
| 外来薬剤分<br>(保険対象分のみ)    | 負担額                | 円           | 自己負担額<br>(助成申請額)          | 円                         |
| 訪問看護療養費分<br>(保険対象分のみ) | 回数<br>総費用<br>基本使用料 | 回<br>円<br>円 | 医療機関のコード番号<br>住所<br>氏名・名称 | 円<br>円<br>㊦               |

注 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。

以下、市の記入欄です。

|          |      |        |       |        |       |       |
|----------|------|--------|-------|--------|-------|-------|
|          |      |        |       | 自己負担額計 | 円     |       |
|          | 総費用額 | 保険者負担額 | 一部負担額 | 公費負担額  | 高額・附加 | 助成決定額 |
| 療養の給付等   |      |        |       |        |       |       |
| 外来薬剤分    |      |        |       |        |       |       |
| 訪問看護療養費分 |      |        |       |        |       |       |
| 計        |      |        |       |        |       |       |