

子ども医療費助成申請書

年 月 日

東松島市長 様

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		管掌別	協・日・船・組・共・国保
		保険者名	

※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 (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 ) 公費負担額 _____ 円
外来薬剤分 (保険対象分のみ)	負担額	円	自己負担額 (助成申請額) _____ 円
訪問看護療養費分 (保険対象分のみ)	回 数 総 費 用 基本使用料	回 円 円	医療 機 関 等 機関のコード番号 _____ 住 所 氏 名 ・ 名 称 <span style="float:right">㊟</span>

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						