

受付番号

記入は太枠の中のみです。

こども医療費助成金支給申請書

こども医療費受給者証の右上に記載されている受給者番号をご記入ください。

こども	フリガナ	カゴシマ サクラコ					受給者番号								
	氏名	鹿児島 桜子					1	2	3	4	5	6	7	8	9
	生年月日	平成・令和 ○年 ○月 ○日					連絡先								
受給者 (保護者)	フリガナ	カゴシマ タロウ					自宅								
	氏名	鹿児島 太郎													
	住所	鹿児島市 山下 丁目 11 番 1 号					連絡先の電話番号								
加入医療保険	医療保険者番号	0	0	4	6	0	0	1	4	被保険者氏名	鹿児島 太郎				
	医療保険者名	鹿児島市 国民健康保険													

太わく内は必ず本人が記入してから証明を受けてください。

注 医療保険者番号とは、医療保険者を識別する番号です。保険証を見て、右づめで記入してください。(個人の記号番号ではありません。)

保険医療機関等の証明														
患者名 (助成対象者名)						生年月日	年 月 日							
(診療月) 年 月 分	保険診療 総点数	入院				点	保険診療による 一部負担金	入院						円
		外来				点		外来						円
診療科目	医科・歯科・調剤・柔道整復・補装具等					証明手数料	円	公費負担 その他	有					
医療機関コード														
※番号は右づめで 年 月 日 保険医療機関等の所在地 名称 開設者氏名														
【申請に必要な書類】 ・医療機関の領収書 (受診者名、診療日、保険点数(保険診療による一部負担金)、領収印、 医療機関名が記載されたもの)														

処理欄

診療月1年以内	2,000円控除	重複	高額該当	附加給付該当	入力
可・不可	有・無	有・無	ア・イ・ウ・エ エ・オ・無	有()円・無	済