

受付番号

		こども医療費助成金支給申請書											
		鹿児島市長 殿					年 月 日						
こども	フリガナ									受給者番号			
	氏名												
	生年月日	年		月		日		連絡先					
受給者 (保護者)	フリガナ									連絡先の電話番号			
	氏名												
	住所	鹿児島市		丁目		番		地		号		— —	
加入医療保険	医療保険者番号									被保険者氏名			
	医療保険者名												

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														
※番号は右づめで記入してください。														
年 月 日														
保険医療機関等の所在地														
名称														
開設者氏名														

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