

様式第3号(第5条関係)

子ども医療費給付金支給申請書									
年 月 日									
薩摩川内市長様									
申請者住所 薩摩川内市									
(受給資格者等) 氏名									
次のとおり、子ども医療費給付金の支給を申請します。									
子ども医療費給付受給資格番号					加入医療保険	被保険者等氏名			
子ども	氏名					保険者名称			
	生年月日		年 月 日						
受給資格者氏名									
保険医療機関等の証明									
診療月	年 月		受診者氏名			傷病発生病原因の別	1 第三者行為による 2 その他		
診療内訳		保険診療対象総点数				一部負担金又は基本利用料			
		総点数		うち他法制度による負担分					
入院		点		点		円			
入院外		点		点		回 円			
訪問看護療養費		円		円		円			
施術		円		円		円			
調剤		点		点		回 円			
証明手数料			有(円)・無						
年 月 日				保険医療機関コード					
上記のとおり一部負担金を受領しました。									
保険医療機関等 所在地 名称 氏名									
印									

※市役所確認（ ☐ 重心でない ☐ ひとり親でない ☐ 生活保護でない）