

## 子ども医療費助成金支給申請書

令和 年 月 日

薩摩川内市長 様

住 所 薩摩川内市

申請者

氏 名

次のとおり、子ども医療費の助成を申請します。

子ども医療費助成金 受給資格番号		加 入 医 療 保 険	記号・番号	
ふりがな 氏名			ふりがな 被保険者等氏名	
生年月日	H・R 年 月 日			
ふりがな 受給資格者氏名			保険者名称	

### 保険医療機関等の証明

診療年月	令和 年 月	受診者氏名		傷病発生原因の別	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		一部負担額又は基本利用料	
		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
調剤		点	点	回	円
証明手数料	有（                  円）・無				
			保険医療機関コード		

令和 年 月 日

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

④