



こども医療費助成申請書

宇城市長 様

申請日 年 月 日

申請者 住 所

氏 名

（電話番号 — — ）

こども医療費助成金を下記のとおり申請します。

記

申請者の記入欄	乳幼児 ・ 児童		加入保険の	記号		
	受給者番号		記号・番号	番号		
	乳幼児・児童 氏 名		ひとり親医療 該当・非該当	保 険 者 名 （該当する 保険の名称 を記入して ください）	全国健康保険協会（ ）支部	
					（ ）国民健康保険	
	生年月日		年 月 日	（ ）健康保険組合		
				（ ）共済組合		
同じ世帯で医療費の一部負担金を21,000円以上支払われた家族の有無			有 ・ 無	確認		
学校の管理下で生じた負傷・疾病（総点数500点以上）			有 ・ 無	確認		

医療機関・調剤薬局の記入欄	診療年月		診 療 期 間	診療日数	総 点 数	一部負担金	
	年 月	入院	年 月 日～ 年 月 日				
		外来	年 月 日～ 年 月 日				
	上記のとおり一部負担金を領収したことを証明します。						
	年 月 日						
	医療機関等コード			（電話番号 - - ）			
	所在地 名 称			印			
	診療年月		診 療 期 間	診療日数	総 点 数	一部負担金	
	年 月	調剤	年 月 日～ 年 月 日				
	上記のとおり一部負担金を領収したことを証明します。						
年 月 日							
医療機関等コード			（電話番号 - - ）				
所在地 名 称			印				

（市の任意使用欄）

単位：円

入院・入院 以外の別	一部負担金 の 額	附加給付額	そ の 他 の 控 除 額	個人負担金	支給決定額
入 院					
入 院 以 外					
調 剤					
計					

※受診された月から1年を過ぎると申請できません。