

年 月分 こども医療費助成申請書

子ども名 個人番号		性別	男・女	生年月日						
受給者名 個人番号		受給者勤務先								
こども加入保険名				記号番号						
医療機関等の記入欄	診療月	月	日	数	日	診療区分	外来	入院	歯科	薬剤
	保険診療の要した		医療費総額		給付金額		一部負担金			
			円		円		円			
	総額及び一部負担金		入院時食事療養費		食事(日、回)		標準負担額			
					日(回)		円			
	上記のとおり相違ありません。						診療科名又は病傷名 ( )			
年 月 日										
医療機関名 住所										
又は薬局名 名称						印				

上記のとおり医療費(一部負担金)を支払いましたので、こども医療費助成を申請します。

年 月 日

申請者(受給者) 住所 水上村大字

氏 名 印

個人番号

- (注) 1 こども医療費助成は、通院・入院にかかる医療費について助成し、対象年齢は18歳誕生日以後の最初の3月31日までです。(4月1日生まれは18歳誕生日以前の3月31日までです。)
- 2 医療機関等から間違いのないよう証明をもらって下さい。なお、診療後6ヶ月以内に必ず申請して下さい。期限を過ぎると助成ができなくなります。(例 4月診療分は9月までです。)
- 3 申請者(受給者)の方は、鉛筆以外で上記の太枠の中のみ記入して下さい。

助成決定書

医療費総額 A	保険給付費 B	一部負担金 (個人負担金) A-B C	控 除 額		助成額 C-D-E F
			他方負担額D	附加給付金E	
円	円	円	円	円	円
			補助関係	県補助対象分	村単独助成分
				円	円
			受給者番号		年齢