

【子ども医療費申請・請求書の記入(領収証添付)要領】

様式第4号

上天草市子ども医療費申請・請求書

上天草市長 様

令和 〇〇 年 〇〇 月 ×× 日

住所 上天草市 松島町合津3538番地3

氏名 上天草 太郎

(電話番号 0969 - 56 - 1111)

子ども医療費助成金を下記のとおり申請・請求します。

記

申請・請求者の記入欄	受給者証番号	12345	保険者名	全国健康保険協会 () 支部 (上天草市) 国民健康保険
	子ども氏名	上天草 次郎	(該当するものに○を付けてください)	() 健康保険組合 () 共済組合
	生年月日	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 令和	被保険者証記号・番号	上天草 1234

診療年月	診療日数	医療費総点数	一部負担金
入院	日	点	円

《医療機関の領収証》

1枚の請求書には、対象子どもが診療を受けた医療機関の領収証を1医療機関ごと1月毎にまとめて提出してください。

ホッチキス
／
糊付け