



# 上天草市子ども医療費申請・請求書

上天草市長 様

令和 年 月 日

申請者 住 所 上天草市 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

(電話番号 — — )

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		保険者名	全国健康保険協会 ( ) 支部
	子ども氏名		(該当する保険の名称を記入してください。)	( ) 国民健康保険 ( ) 健康保険組合 ( ) 共済組合
	生年月日	平成 令和 年 月 日	被保険者証記号・番号	

医療機関等の記入欄	診療年月		診療日数	医療費総点数	一部負担金
	平成 令和 年 月分	入院	日	点	円
		通院	日	点	円
	子ども氏名	歯科	日	点	円
		調剤	日	点	円
		日	点	円	
上記のとおり一部負担金を領収したことを証明します。 令和 年 月 日  医療機関コード 所在地 名称 氏名 印					

市処理欄	一部負担金	高額療養費	付加給付額	その他控除額	助成決定額

※ 一部負担金には、保険適用外の金額は含めないでください。  
 診療を受けた月の末日から1年以内に申請してください（1年を過ぎると無効になります。）。