

子ども医療費助成申請書

菊池市長 様 受給者(保護者)住所 菊池市 氏名 下記のとおり申請します。 TEL	年 月 日
--	-------

※受給者記載欄	受給者番号	子どもの氏名	生年月日	保険種別
				国保・協会けんぽ 組合・その他

医療機関記載欄	診療年月	年 月 分	患者氏名	
	区 分	医療費総点数	他の法律によって負担した額	一 部 負 担 金 額
	入 院	点		円
	入院外	点		円
	上記のとおり証明します。 年 月 日 医療機関 所在地 名 称 TEL 印			
	区 分	医療費総点数	他の法律によって負担した額	一 部 負 担 金 額
	調 剤	点		円
	上記のとおり証明します。 年 月 日 調剤薬局 所在地 名 称 TEL 印			

市記載欄	種別	一部負担金額	付加給付額	その他控除額	自己負担額	支給決定額
	入 院					
	入院外					
	調 剤					
					合 計	

- 注1) ※印のある欄は、申請者が記入してください。
- 注2) 医療機関等の記入欄は受診した翌月の10日以降に病院等に依頼してください。
- 注3) 申請書提出の際は、確認のため必ず受給者証をご持参ください。
- 注4) 医療保険各法の規定に基づき、高額医療費、付加給付の支給を受ける場合は、支給決定通知書等を添付してください。
- 注5) 市役所への申請は、診療を受けた月の翌月から1年以内が期限となりますので、ご注意ください。