

記入例

医療助成費支給申込書

府中市長

医療証に記載されている保護者の方の氏名・住所・電話を記入し、押印してください。

医療証の保護者	住所	府中市宮西町2-24-501
	氏名	府中 太郎 
	電話	(042) 335-4100

次のとおり、子ども医療助成費の支給を申込みします。

負担者番号	8 8 1 3 8 2 9 2	フリガナ 子どもの氏名	フチュウ ハナコ 府中 花子
受給者番号	2 1 3 4 5 6 7	生年月日	H24. 1. 1
入院の場合 診療実日数	01 日	診療を受けたお子様の氏名・生年月日・医療証の番号を記入してください。	
入院外の場合 診療実日数	2 日	診療の種類 01 (12) 医科 14. 歯科 15. 調剤 02 治療用装具 14 その他	
医療機関の名称等	名称 県立△△小児病院 ※所在地・電話番号は別紙領収書のとおり		
診療期間	H24年6月1日 ~ H24年6月3日		

診療を受けた日数を記入してください。

診療を受けたお子様の氏名・生年月日・医療証の番号を記入してください。

診療の種類に○をしてください。  
(小児科の診療は「医科」になります)

診療を受けた医療機関の名称を記入してください。

※ 病院と薬局など、複数の医療機関を受診された場合は、一医療機関ごとに一枚の申込書を記入してください。

注意

同一医療機関で2日以上診療を受けた場合は、最初の診療日と最後の診療日を記入してください。

押印を  
込みをし  
申し出て  
ください。

この欄には記入しないでください。

入院	点数		総点数
	医療費 助成対象外		
入院外	日付 点数		支給決定額
	医療費 助成対象外		
			助成対象外 円