

年 月 日

# 医療助成費支給申込書

府 中 市 長

医療証の保護者	住所 府中市
	氏名 <span style="float: right;">印</span>
	電話 (      )      -

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	フリガナ 子どもの氏名	
受給者番号		生年月日	H
入院の場合	診療実日数	診療の種類	
	日	01 (11. 医科 13. 歯科) 14 その他	
入院外の場合	診療実日数	診療の種類	
	日	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		
	※所在地・電話番号は別紙領収書のとおり		
診療期間	H 年 月 日 ~ H 年 月 日	備 考	

- 注意 1 住所、氏名及び電話番号並びに太枠内ご記入のうえ、押印してください。  
 2 医療機関等で発行される領収書（原本）を添えて申込みをしてください。  
 3 ご加入の健康保険組合より附加給付のある場合は、申し出てください。

入 院	日 付		総点数	
	点 数			
	医療費			
	助成対象外			点
入 院 外	日 付		支給決定額	
	点 数			
	医療費			
	助成対象外			円
			助成対象外	円