

記入例

医療助成費支給申込書

府中市長

子ども医療証に記載されている保護者の方の氏名・住所・電話番号をご記入ください。

医療証の保護者	住所	府中市 宮西町2丁目24番地
	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	1 1 1 1 1 1 1	生年月日	R〇年〇月〇日
	診療実日数		
医療機関の診療を受けた日数 をご記入ください。	日	01 医科 02 歯科	医療機関で診療を受けたお子様の氏名・生年月日・ 子ども医療証の負担者番号と受給者番号をご記入ください。
入院外の場合	診療実日数 2 日	診療の種類 01 医科 02 歯科 03 調剤 04 治療用装具 10 その他	医療機関の種類に○をしてください。 また、診療を受けた医療機関の名称をご記入ください。
医療機関の名称等	名称 ① 〇〇県立〇〇病院 ② ※所在地・電話番号は別紙領収書のとおり		
診療期間	R7年8月1日 ~ R7年8月2日	備考	

- 注意 1 住所、氏名及び電話番号並びに太枠内を
2 医療機関等で発行される領収書（原本）
3 ご加入の健康保険組合から付加給付がある場合は、申し出てください。
- 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ご記入ください。

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

この欄は記入不要です。