

子ども医療費給付申請書

年 月 日

平川市長 様

保護者  
住所  
氏名

平川市子ども医療費給付条例第7条の規定により 年 月分の医療費の給付を申請します。

給付対象となる子ども	生年月日	診療月の 時点の 年齢	受給資格証番号(児童:申請番号)	所得判定 年度
男女	年 月 日生		第 号	年度
保険の種類	平川市国保 協会健保 共済組合 健保組合 国保組合 その他			
保険証 記号番号	記号		被保険者氏名	
	番号			

医療 機 関 証 明 欄	受診年月	年 月分	受診日数	日
	保険診療総点数 (入院食事療養費を除く。)	入院 点	他法負担  点	一部負担受領額
		外来 点		点 円
		点(円)		
上記の一部負担金を受領したことを証明する。  年 月 日  医療機関等の 所在地・名称 開設者氏名 印				

入院一部負担額A	入院付加給付の額B	入院受給者負担額C	①入院給付額(A-B-C)
通院一部負担額X	通院付加給付の額Y	通院受給者負担額Z	②通院給付額(X-Y-Z)
一部負担額計(A+X)	付加給付の額計(B+Y)	受給者負担額計(C+Z)	給付決定額(①+②)

※太枠内は申請者が記入してください。「所得判定年度」の欄は記載しないでください。

※申請者が氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。