

都城市長 宛て

住所 都城市

助成対象者番号

氏名
電話 () -

都城市子ども医療費助成金申請(請求)書

年 月 分子ども医療費助成金の交付を受けたいので申請(請求)します。

受診者氏名	保険証内容	被保険者氏名	記号番号
生年月日		保険者番号	保険者名
年 月 日生			

保険資格取得日 (. .)

(注意) 次の太枠の中を保険診療分についてののみ、医療機関及び調剤薬局で記入してください。

【 年 月分】 診療報酬及び薬剤明細 (1. 入院 2. 外来 3. 歯科)		
診療科 ()		
診療実日数	保険診療点数	一部負担金
日	点	円
上記の金額を受領したことを証明します。 医療機関コード []		
年 月 日	名称	
医療機関等の	氏名	印
	電話	
【 年 月分】 調剤報酬明細		
薬剤投与日数	保険調剤点数	一部負担金
日	点	円
上記の金額を受領したことを証明します。 医療機関コード []		
年 月 日	名称	
調剤薬局等の	氏名	印
	電話	
*この太枠内の内容について訂正した場合には、医療機関、調剤薬局において訂正押印をお願いします。		

助成内容	世帯区分	助成回数	一部負担金	高額療養費	付加給付	自己負担	交付決定額
	課税 非課税	回	円	円	円	円	円

資格期間確認 2・3割負担確認 高額(一部負担金21,000円以上)確認 県内診療確認