子

様式第４号（第７条関係）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請日　令和　　年　　月　　日

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 | 受給者 生年月日 | 受給者 個人番号 | | | | | | | | | | | |
|  | 年　　月　　日生 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| □情報照会  □被保険者等であることが確認できる書類 | | 資格取得日 | | | | | | | | | | | |
| 平成 ・ 令和　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 【平成・令和　　　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 | | |
| 【平成・令和　　　　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**