様式第3号(第5条関係)

受付年月日	年　月　日

子ども医療費助成申請書(請求書)

あわら市長　様

令和　年　月　日

受給者(保護者)　住所　あわら市
氏名
電話

下記のとおり領収証明書を添えて申請します。

受診者	医療証番号		医療保険	名称	
	氏名			記号・番号	
	年　月　日	年　月　日生			

※太枠の中のみ記入してください。

領収証明書
(　年　月分)　(　科)

入院・外来区分	1入院　2外来	診療実日数	日
保険診療総点数			点
保険診療一部負担金			円
自己負担割合	1　割　・　2　割　・　3　割		
入院時食事療養費一部負担金		日	円

年　月　日

医療機関　住所
名称
氏名　㊞

(受診者)　様

(注)①　上部申請書欄は、申請者が記入してください。
②　点数及び金額は、保険診療の対象分のみ記入してください。
③　申請書の提出は、診療を受けた月から数えて1年以内です。
④　領収書は、各医療機関、各診療科毎に1ヶ月分をまとめて添付するか、領収証明を受けてください。

診療月	医療機関番号	府県	表	地区	番号	科目	入外

A 総医療費	B 本人負担	C 附加給付	D 高額医療	E 他負担	F 助成額	G 食事療養費	H 自己負担	I 総支給額