

子ども医療費助成金支給申請書

鹿屋市長様

年 月 日

申請者住所							
申請者氏名 (保護者)					連絡先電話番号 (自宅・携帯)		
受給資格者証番号					加入医療保険	被保険者氏名	
対象者	フリガナ					記号・番号	
	氏名					保険者名	
他の世帯員の受診状況	氏名		病院		支払金額	円	
	氏名		病院		支払金額	円	
高額療養費支給回数			回				

(注) 助成金は、受給資格者登録時に振込依頼のあった預金口座に振り込みます。

医療機関等の証明

診療年月	年 月 分				
保険診療総点数	入院	点	保険診療による一部負担金	入院	円
	外来	点		外来	円
うち他法制度による負担分(精神・結核等)			点	診療科目	1 入院 2 外来 3 歯科 4 調剤 5 その他 6 訪問看護
証明手数料の徴収	有(円)・無		※通信欄	記入者	
医療コード	年 月 日	所在地 名称 開設者 氏名	印		

高額療養費支給額算定			
A	B	C	D
医療機関等への支払額	家族療養付加金	家族高額療養費	一部負担金の額 A - (B + C)
円	円	円	円
上記被保険者等の 年度市民税における課税状況は下記のとおりである。 1 市民税の非課税又は免除されている者である。 2 市民税の課税されている者である。 (ただし、地方税法第328条の規定によって課する所得割を除く。)担当者 印			支給決定額 円

領収書控 (医療機関保管用)

年 月 日

子ども医療費助成金支給申請書証明手数料 円を受領しました。

患者氏名 様

診療月 年 月

領収書控 (申請者保管用)

年 月 日

子ども医療費助成金支給申請書証明手数料 円を受領しました。

患者氏名 様 (年 月)

医療
機関名

印