

子ども医療費助成申請書

令和 年 月 日

小野町長様

住所 小野町大字

申請者

氏名 印
(電話番号)

子ども医療費 受給資格者 受給番号		子ども	氏名	
			生年月日	年 月 日
保険者番号		保険者名		

保険診療証明欄

診療月 令和 年 月分 1.入院 2.入院外

診療科目	1.医科	2.歯科	3.調剤	4.その他
------	------	------	------	-------

区分	食事提供数 日	保険診療数 点	薬剤一部 負担金 円
一部負担金額 受領	食事療養費 円	保険診療分 円	合計 円

診療科目	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	内	小	外	小 外	脳	皮	泌	整	眼	耳	婦	精	放	そ の 他

上記の一部負担金を受領したことを証明する。

令和 年 月 日

コード

住所
医療機関
名称
氏名

印

※医療機関コードは必ず記入してください。

※適用時のみ記入します。

高額医療分 円 ・ 付加給付分 円

NO.