

## 子ども医療費助成申請書

年 月 日

富谷市長 へ

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ (印)

電話 \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_)

**年 月分**の子ども医療費の助成を下記のとおり申請します。  
記

子ども医療費 受給者番号		対象者 氏名等	氏名 (フリガナ)  (男・女 年 月 日生)
被保険者証 記号・番号	記号:	管掌別	協会・船員・組合・共済・日雇・国保・国組
	番号:	保険者名称	

※ 以下は、医療機関等で記入してください。



月分をまとめて記入する場合は、太枠のみを使用してください(その際、診療年月日欄には斜線を引いてください)。日にちごとに記入する場合は、太枠以降(裏面)もお使いください。

診療年月日	年 月 日	外来入院等の区分	外 来 ・ 入 院 (入院 日) ・ 訪問看護	
療養の給付等 (注参照)	診療点数	点	公費負担について	無 ・ 有 (名称 _____) 公費負担額 _____ 円
	(療養費の総費用)	円		
入院時食事療養分 (保険対象分のみ)	回 数	回	自 己 負 担 額	_____ 円
	総 費 用	円		初診料算定の有無 (3歳以上の場合)
訪問看護療養分 (保険対象分のみ)	回 数	回	医療機関等	機関のコード番号 _____
	総 費 用	円		住所
	基本利用料	円		氏名・名称 _____ (印)

診療年月日	年 月 日	外来入院等の区分	外 来 ・ 入 院 (入院 日) ・ 訪問看護	
療養の給付等 (注参照)	診療点数	点	公費負担について	無 ・ 有 (名称 _____) 公費負担額 _____ 円
	(療養費の総費用)	円		
入院時食事療養分 (保険対象分のみ)	回 数	回	自 己 負 担 額	_____ 円
	総 費 用	円		初診料算定の有無 (3歳以上の場合)
訪問看護療養分 (保険対象分のみ)	回 数	回	医療機関等	機関のコード番号 _____
	総 費 用	円		住所
	基本利用料	円		氏名・名称 _____ (印)

診療年月日	年 月 日	外来入院等の区分	外 来 ・ 入 院 (入院 日) ・ 訪問看護		
療養の給付等 (注)参照	診療点数 (療養費の総費用)	点 円	公費負担について	無 ・ 有 (名称 ) 公費負担額 _____ 円	
入院時食事療養分 (保険対象分のみ)	回 数 総 費 用 標準負担額	回 円 円	自己負担額	_____ 円 初診料算定の有無 (3歳以上の場合) 有 ・ 無	
訪問看護療養分 (保険対象分のみ)	回 数 総 費 用 基本利用料	回 円 円	医療機関等	機関のコード番号 _____ 住所 _____ 氏名・名称 _____ 印	

診療年月日	年 月 日	外来入院等の区分	外 来 ・ 入 院 (入院 日) ・ 訪問看護		
療養の給付等 (注)参照	診療点数 (療養費の総費用)	点 円	公費負担について	無 ・ 有 (名称 ) 公費負担額 _____ 円	
入院時食事療養分 (保険対象分のみ)	回 数 総 費 用 標準負担額	回 円 円	自己負担額	_____ 円 初診料算定の有無 (3歳以上の場合) 有 ・ 無	
訪問看護療養分 (保険対象分のみ)	回 数 総 費 用 基本利用料	回 円 円	医療機関等	機関のコード番号 _____ 住所 _____ 氏名・名称 _____ 印	

診療年月日	年 月 日	外来入院等の区分	外 来 ・ 入 院 (入院 日) ・ 訪問看護		
療養の給付等 (注)参照	診療点数 (療養費の総費用)	点 円	公費負担について	無 ・ 有 (名称 ) 公費負担額 _____ 円	
入院時食事療養分 (保険対象分のみ)	回 数 総 費 用 標準負担額	回 円 円	自己負担額	_____ 円 初診料算定の有無 (3歳以上の場合) 有 ・ 無	
訪問看護療養分 (保険対象分のみ)	回 数 総 費 用 基本利用料	回 円 円	医療機関等	機関のコード番号 _____ 住所 _____ 氏名・名称 _____ 印	

(注) 接骨、鍼、灸、マッサージの場合は、療養の給付等（療養費の総費用）欄に「保険診療の費用額」を記入して下さい。

以下、富谷市の使用欄です。

自己負担額	_____ 円
-------	---------

	総費用額	保険者負担額	一部負担額	公費負担額	高額・附加	助成決定額
療養の給付等						
入院時食事療養分						
訪問看護療養分						
計						