

子　ど　も　医　療　費　助　成　申　請　書

年　　月　　日

富　谷　市　長　　あて

申請者住所氏名電話番号

（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 記　号　・　番　号	記号： 番号：	管　掌　別	協会・船員・組合・共済・日雇・国保・国組
		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 （療養費の総費用） 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 回 総　費　用 円 標準負担額 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 回 総　費　用 円 基本利用料 円	医療機関等	機関のコード番号 住所 氏名・名称	

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 （療養費の総費用） 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 回 総　費　用 円 標準負担額 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 回 総　費　用 円 基本利用料 円	医療機関等	機関のコード番号 住所 氏名・名称	

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 (療養費の総費用 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 回 総 費 用 円 標準負担額 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 回 総 費 用 円 基本利用料 円	医療機関等	機関のコード番号 住所 氏名・名称 図		

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 (療養費の総費用 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 回 総 費 用 円 標準負担額 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 回 総 費 用 円 基本利用料 円	医療機関等	機関のコード番号 住所 氏名・名称 図		

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 (療養費の総費用 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 回 総 費 用 円 標準負担額 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 回 総 費 用 円 基本利用料 円	医療機関等	機関のコード番号 住所 氏名・名称 図		

(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						