

子ども医療費助成申請書

令和 年 月 日

富 谷 市 長 あて

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

電 話 _____（続柄： _____）

令和 年 月分

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) (平成 ・ 令和 年 月 日生)
被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号		管 掌 別 保 険 者 名 称	協会 ・ 船員 ・ 組合 ・ 共済 ・ 日雇 ・ 国保 ・ 国組

※ 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	令和 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 (⑧ 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 _____ 図

診療年月日	令和 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 (⑧ 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 _____ 図

