

子ども医療費助成金申請（請求）書

申請日 年 月 日

串間市長 様

年 月 日 子ども医療費の助成を申請（請求）します。

申請者

住所 串間市 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話(携帯) \_\_\_\_\_

受診者	受給者番号	_____
	フリガナ	_____
	氏名	_____
	生年月日	年 月 日

保険証内容	記号・番号	_____	資格取得日	年 月 日
	被保険者氏名	_____	保険者番号	_____
	保険種別	協会健保( )・国保・健組・共済・船員・その他( )		

加入保険等の変更があった場合は届出が必要です。

※ここから下は記入しないで下さい。

		医療機関コード	_____
年 月 診療分	区分	□入院 □入院外 □歯科	
	診療科目	□内 □外 □整 □小 □産 □眼 □耳 □皮 □泌 □他( )	
医療診療点数	点	総医療費	円 交付決定額 円