

以下のときは、本紙に医療費の領収証を添えて申請ください。

(領収書がないときは医療機関等の証明が必要です)

・受給資格者証を提示し忘れた、または鹿児島県外の医療機関を受診した

第6号様式(第6条関係)

子ども医療費助成金支給申請書

三島村長 殿

年 月 日

子 ども	フリガナ		受給資格者番号 ※右づめで記入ください				
	氏 名						
	生年月日	平成 ・ 令和	年	月	日		
受 給 資 格 者	フリガナ		連絡先	- -			
	氏 名		住 所	三島村大字			
加入医療保険	被保険者名		保険者番号				
	記号・番号		保険者名				

※ 医療機関等に証明を受ける際は、上記の太枠内を記入後に証明を受けてください。

※ 加入医療保険の保険者番号については、被保険者証を見て右づめで記入してください。(記号番号ではありません。)

医療機関等証明

患 者 名 (助成対象者名)					生 年 月 日	平成 令和	年	月	日				
診 療 月	保険診療 総 点 数	入院			点	保険診療による 一 部 負 担 金	入院						円
年 月 分		外来						点	外来				
診 療 科 目	医科・歯科・調剤・柔道整復・補装具等				証 明 手 数 料	円	公費負担 そ の 他	有・無					
医療機関コード													

※ 番号は右づめで記入してください。

年 月 日

医療機関等の所 在 地
名 称
開設者氏名

印

※ 処理欄 (課税・非課税)

区 分	一部負担金 A	附加給付額 B	公費負担・その他 C	証 明 手 数 料 D	支 給 決 定 額 (A-B-C) +D
入 院					
外 来					
計					