

黒石市長 様

申請者 住所 黒石市 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

(電話 \_\_\_\_\_)

黒石市子ども医療費給付申請書

年 月分の医療費の給付を申請します。

対象子ども氏名	生年月日	受給資格証番号	
男女	年 月 日	黒石市 第 号	
保険証番号	記号	保険種別	政・組・船・共・国
	番号	保険者名	

保険医療機関 証明欄	受診年月	年 月分	受診日数	日	
	保険診療総点数 (入院時食事療養費を除く。)	入院 点	他法負担 点	一部負担受領額	
		外来 点		点円	
	点(円)				
入院時食事療養費	入院日数 日	1日当たりの標準負担額	円	標準負担受領額	円
上記の一部負担金及び標準負担額を受領したことを証明する。  医療機関等の所在地・名称 院長 氏名 <span style="float: right;">(印)</span>					

一部負担額A	標準負担額B	附加給付金C	受給者負担額D	給付決定額(A+B-C-D)

※太枠内は申請者が記入してください。