

記入例

令和〇年△月□日

黒石市長

様

- ・医療機関ごとに1枚必要。
- ・領収書の負担割合が10割のみは対象外になります。

申請者 住所 黒石市 市ノ町11-1

氏名 黒石 太郎
(電話 52-2111)

黒石市子ども医療費給付申請書

〇年△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	
黒石 一郎 男 どちらかに○ → 女	令和〇年□月▽日	黒石市 第1234567号	
保 険 証 号 番 号	記号 111111	保 険 種 別	政・組・船・共・国
	番号 111	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
外来		点		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						政 = 全国保険協会 組 = 政以外の社保 共 = 公務員 匡 = 国保	

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。