

年 月 日

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	
被 保 険 者 番 号	記号	保 険 者 名	
	番号		

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 (印)				

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。