

子ども医療費助成申請書

子どもの氏名	湯前 花子	生年月日	平成・令和 27 年 10 月 31 日
保険種類	国保・ 社保 ・共済	記号番号	1800007 175

医療機関等で記入欄	区分		医科外来	医科入院	歯科外来	歯科入院	調剤	その他
	診療月	月	医療費総額			一部負担金		
	保険診療に要した総額及び一部負担金		円			円		
傷病診療保険総額)		円)		
傷病診療保険総額及び一部負担金)		円)		
傷病名又は診療科名()								
上記のとおり相違ありません。								
令和 年 月 日								
医療機関								
住所氏名								

上記のとおり療養の給付を受けましたので、助成金を申請します。

令和〇年**10**月 **1**日

住所 熊本県球磨郡湯前町 **1989**番地 **1**

氏名 **湯前 太郎** (印)

湯前町長 長谷 和人 様

子ども医療費受給者証の受給者欄の人を記入