

子ども医療費助成申請書

平成 年 月 日

南会津町長 様

住所 南会津町
申請者
氏名 印

子ども医療費 受給資格者証番号		子 ど も	氏 名	
			生年月日	平成 年 月 日
摘 要	入 院・入院外・調 剤・歯 科・柔整等		受診時年齢	歳
他公費負担の有無	無 ・ 有 (制度名／ 公費実施負担番号／)			

保 険 診 療 証 明 書

平成 年 月診療分

○入院外・調 剤・歯 科

○柔道整復、接骨、はり・きゅう、マッサージ等

保険診療点数	一部負担金
点	円

保険診療金額	一部負担金
円	円

○入 院

保険診療点数	一部負担金	内 受 領 金 額			入院日数
		合 計	食 事 療 養 費 以 外	食 事 療 養 費 標 準 負 担 額	
点	円	円	円	(食) 円	日

上記のとおり証明する。

平成 年 月 日

所 在 地
名 称
医療機関
又は薬局
氏 名 印
電 話 番 号