

乳幼児医療費助成申請書

宇土市長 様

平成 年 月 日

申請者 住所 宇土市 町 番地

氏名 ㊞

電話 -
(携帯:)

下記のとおり乳幼児医療費の助成を申請します。

申請者の記入欄	乳幼児の氏名 (ふりがな)	乳幼児の生年月日 平成 年 月 日	乳幼児受給者証番号		
	保険証の記号番号 記号 番号	保険証の被保険者氏名	保険証の保険者の名称		
	同じ世帯で医療費の一部負担金を21,000円以上支払われた家族の有無				有・無
	診療期間 平成 年 月分	入院期間	～		
診療区分	入院・外来・歯科・調剤・その他 育成医療・養育医療・高額医療		診療日数	日	
総点数	点	一部負担金	円		
医療機関等の記入欄	上記のとおり、一部負担額を領収したことを証明します。 平成 年 月 日				
	医療機関コード				
	医療機関 (調剤薬局)	所在地 名称 氏名	㊞		
市処理欄	一部負担金	高額療養費	附加給付額	公費負担額	助成額
	円	円	円	円	円

- (注)
- ・申請は、診療を受けた日の属する月の末日から起算して1年以内となっています。
 - ・申請書は1つの医療機関の1月につき1枚です。レシートでの受付はできません。
 - ・申請時には、印鑑をご持参ください。