

【申請者記入欄】

子ども医療費助成申請書			
会津若松市長（あて）		令和 年 月 日	
住所 申請者（保護者） 氏名		会津若松市	
受給資格証番号	子どもの氏名	生年月日	
		平成 令和	年 月 日生
加入健康保険証	保険者番号		
	保険証記号・番号	記号	番号

※申請者の方へ（お願い） 記入もれ、押印もれ、記入誤り等はございませんか。ご確認ください。

【医療機関等記入欄】

診療科	診療年月	1 入院 2 外来 3 薬剤	1 被保本人 ② 被扶養者
科	5 年 月		
保険診療点数	合計点数		点
	再掲：公費分点数（1 精神保健福祉法 2 結核予防法 3 その他）		点
受領金額	保険適用額 （一部負担金の額）		円
	入院時食事療養費 回数・標準負担額	食分	円
	養育・療育医療等徴収金		円
	柔道整復		円
	治療用装具		円
	薬剤の一部負担金		円
その他		円	

上記のとおり証明します。

医療機関
コード

--	--	--	--	--	--	--	--

令和 年 月 日

所在地

医療機関
又は薬局
名称

代表者氏名

㊟

現物給付高額療養費額		円
附加給付額		円
助成決定額		円

※医療機関の方へ（お願い） 記入もれ、押印もれ、記入誤り等はございませんか。ご確認ください。