

【 申 請 者 記 入 欄 】	子ども医療費助成申請書						平成 年 月 日					
	会津若松市長（あて）						会津若松市					
	住所						申請者（保護者）					
	氏名						氏名					
	受給資格証番号						子どもの氏名					
	平成 年 月 日生						生年月日					
【 加 入 健 康 保 険 証 】	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、記入誤り等はありませんか。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	1 被保本人	
	科	4 年 月	2 外来	2 被扶養者	
	保険診療点数	合計点数	3 薬剤		
		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）			
	受領金額	保険適用額 （一部負担金の額）			
		入院時食事療養費 回数・標準負担額		食分	
		養育・療育医療等徴収金			
		柔道整復			
治療用装具					
	薬剤の一部負担金				
	その他				

上記のとおり証明します。

平成 年 月 日

医療機関
コード

所在地
医療機関
又は薬局
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、記入誤り等はありませんか。ご確認ください。