

子 ども 医 療 費 助 成 申 請 書

受給資格者	資 格 証 記 号 番 号		加 入 医 療 保 険	被 保 険 者 氏 名	
	氏 名			保 険 証 記 号 番 号	別紙のとおり
子 ど も	氏 名			保 険 者 名	
	生 年 月 日	年 月 日			
医 療 機 関 名	名 称				
	所 在 地	別紙領収書のとおり			
医 療 内 容	入院・入院外の別	入 院 ・ 入 院 外			
	期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで			

申 請 額 金 _____ 円

内 訳 本人支払額 円

(別紙領収書のとおり)

控 除 額 円

差 引 円

(助成対象額)

上記のとおり申請します。

年 月 日

住 所

申 請 者

氏 名

(あて先) 松江市長