

記入例

子ども医療費助

「子ども医療費受給者証」の保護者欄に記載のある人

日診療公)

窓口への提出日

● 年 ● 月 ● 日

袋井市長

申請者 住所 袋井市新屋1-1-1
氏名 袋井 太郎 印
電話番号 43-2111

受診者	氏名	袋井 一郎 男	加入保険	保険者名	●●●●健康保険組合
	申請者との続柄	子		記号	1234
	生年月日	● 年 ● 月 ● 日		番号	5678
振込先	銀行 袋井 金庫 袋井 農協	本店 支店	ふりがな	ふくろい たろう	
			口座名義	袋井 太郎	
			口座種別	普通・当座	
			口座番号	1234567	
備考	養育医療・育成医療・療育医療等の制度の適用を受けた場合は、その制度名を記入してください。				

市記入欄	種別	期間	保険診療 自己負担額	高額療養費	自己負担金	養育 育成 療育 負担金
	入院	日	円	円	円	円
	通院	日	円	円	円	円
	調剤	日	円	円	円	円
	その他 ()	日	円	円	円	円
	合計	日	A 円	B 円	C 円	D 円
	助成確定額		(A-B-C)+D			