

都城市長 宛て

	住所	都城市		
助成対象者番号				
	氏名			
	電話	()	_
	•			

都城市子ども医療費助成金申請 (請求) 書

年 月分子ども医療費助成金の交付を受けたいので申請(請求)します。

			1								
受診者 氏名	受給者 生年月		受給者 個人番号								
	年 月	日生									
□情報照会	資格取得日										
□被保険者等であるこ	平成	•	令和		年	月		日			

(注音) 次の大枠の中を保険診療分についてのみ 医療機関及び調剤薬局で記入してください

(注意)次の太仲の「				., ., .,	
【平成・令和 年	月分	診療報酬及び薬剤明	月細 (1. ブ	、院 2.外 ラ	表 3. 歯
科)					
	診	療 科 ()
診療実日数		保険診療点数	ζ	一部負担	.金
	日		点		円
上記の金額を受領したこと		 :す。 医療機関コード[777	<u> </u>	1.1
工品の並供を文明したこと	で mr./)1 しょ	(7)。 区原级因一 [1]		J	
年 月	日	名称			
1 /4	Г	. H 1.1			
	医療機	関等の 氏名			印
		電話			
【平成・令和	F 月分	分】 調剤報酬明細			
【平成・令和 薬剤投与日数	手 月分	分】 調剤報酬明細 保険調剤点数	ζ	一部負担	金
	F 月夕		ζ	一部負担	金
				一部負担	
薬剤投与日数	日	保険調剤点数	(点	一部負担	金 円
	日	保険調剤点数		一部負担	
薬剤投与日数	日	保険調剤点数		一部負担	
薬剤投与日数上記の金額を受領したこと	日を証明しま	保険調剤点数 (す。 医療機関コード[一部負担	
薬剤投与日数上記の金額を受領したこと	日 を証明しま 日	保険調剤点数 (す。 医療機関コード[一部負担	
薬剤投与日数上記の金額を受領したこと	日 を証明しま 日	保険調剤点数 (す。 医療機関コード[名称		一部負担	円
薬剤投与日数上記の金額を受領したこと	日 を証明しま 日	保険調剤点数 (す。 医療機関コード[名称		一部負担	円
薬剤投与日数上記の金額を受領したこと	日 を証明しま 日 調剤薬	保険調剤点数 ます。 医療機関コード[名称	点]	印

助	世神	帯区分	分	助成回数	一部負担金	高額療養費	付加給付	自己負担	交付決定額
成	課	Ź	税						
内									
容	非	課	税	口	円	円	円	円	円