

様式第6号(第10条関係)

子ども医療費助成金交付申請書

九重町長 殿

年 月 日

下記の子どもに係る医療費を請求します。

(年 月診療分)

(交付番号)

申請者 (保護者)	住所	〒879- 九重町大字				
	氏名	(子どもとの続柄)				
振込先	銀行・農協 組合・金庫			支店・支所 出張所		
口座番号	ふりがな					
	名義人					
受給者番号						
子ども	ふりがな				男	生年月日
	氏名				女	年 月 日
	住所					
保険証	被保険者名又は世帯主の氏名					
	記号・番号					
	保険者名・保険者番号					

保険診療額領収証明書

*記入しないでください

診療月	年 月分(日間)	区分	入院・入院外
保険診療総点数	点		
他法公費負担点数	点		
保険診療一部負担金	円		
子ども医療費一部自己負担金	円		
指定訪問看護の基本利用料	円(日)		
年 月 日			
(医療機関等)所在地 名称 代表者 印			

保険分費用額	患者負担額	保険外負担額	附加・高額療養費	支給決定額
円	円	円	円	円