

# 子ども医療費等助成申告書

① 被保険者等の記号・番号

記号	×	番号	× × × ×
----	---	----	---------

② 被保険者の氏名

氏名	健保 太郎
----	-------

③ 対象のお子様の氏名(フリガナ)

(フリガナ)	ケンポ コタロウ
氏名	健保 小太郎

④ 対象のお子様の生年月日

2019	年	×	月	× ×	日
------	---	---	---	-----	---

⑤ 受給者証の名称

× × × × × × 受給者証
------------------

⑥ 受給者証の有効期間

2019	年	×	月	× ×	日	～	2026	年	×	月	× ×	日
------	---	---	---	-----	---	---	------	---	---	---	-----	---

⑦ 受給内容:A～Eの中から選択し、ご記入ください

A
---

- A : 医療機関での窓口負担は入院・外来ともに無料になる
- B : 医療機関での窓口負担は入院のみ無料になる
- C : 医療機関での窓口負担は外来のみ無料になる
- D : 医療機関での窓口負担あり(ただし、市区町村へ申請すれば全額助成される)
- E : その他  
( )