

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 |
|----|

③ 対象のお子様の氏名(フリガナ)

| |
|--------------|
| (フリガナ) 氏名 |
|--------------|

④ 対象のお子様の生年月日

| | | |
|---|---|---|
| 年 | 月 | 日 |
|---|---|---|

⑤ 受給者証の名称

| |
|--|
| |
|--|

⑥ 受給者証の有効期間

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 年 | 月 | 日 | ～ | 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 : 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
()