

第6号様式(第6条関係)

子ども医療費助成金支給申請書

年 月 日

霧島市長 様

申請者 住所

氏名

電話番号 () -

受給資格者番号				保険の種類	フリガナ		
子ども	フリガナ氏名				被保険者氏名		
	生年月日	年	月		日	記号・番号	
	申請者との続柄				保険者名		

※記名押印に代えて署名することができます。

保険医療機関等の証明								
診療月	年月分		患者氏名					
療養の給付 総点数	入院	点	療養の給付に係る一部		入院	円		
	外来	点	負担金		外来	円		
うち他法制度負担分	点		証明手数料の徴収		有()円・無			
備考	(内 訳)						年 月 日 保険医療機関等の所在地・名称等	
月	入	点	円	月	入	点		円
	外	点	円	月	外	点		円
月	入	点	円	月	入	点		円
	外	点	円	月	外	点		円
月	入	点	円	月	入	点	円	
	外	点	円	月	外	点	円	

※保険医療機関等の証明は保険医療機関等で記入してもらってください。領収書(受診者名、受診年月日及び保険点数、自己負担額が明記され、領収印のあるもの)を添えるときは、記入は不要です。

※同一月分は1回にまとめて申請をしてください。

※受診の翌月から6か月以内に申請をしてください。