

八代市子ども医療費助成申請書

※太枠内を記入の上、ご提出してください。

申請者の記入欄	(あて先) 八代市長 下記のとおり申請します。												
	住所 八代市 申請者 氏名												
	受給者番号	八市乳幼(子ども)第				0							号
	子どもの氏名					生年月日 平成： 4 令和： 5	年	月	日				
受給者コード													

※医療機関記入欄	保険者番号													
	診療年月	平成： 4 令和： 5	年			月分	日数	日	入院区分	1.入院・2.入院外				
	当該診療他法適用	該当なし	1	2	3	4	5	6	7	8				
	診療科目区分	内	外	整	産	小	耳鼻	眼	皮	泌	脳	理	精	消
		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13
		発小	循	気	放	麻	歯	薬	補装具	保撮		形成	柔道整復	その他
		14	15	16	17	18	19	20	21	22		23	24・25(現)	30
保険診療総点数						一部負担金								
上記の一部負担金を領収したことを証明します。														
医療機関コード 														
医療機関の 住所及び名称 (印)														

子ども未来課記入欄	世帯合算	有・無
	住民税課税状況	課税・非課税
	公費負担額	
	高額限度額	
	附加給付金	
	養育医療支払日世帯合算還付金	
	市助成額	
	受付番号	

- ☆ 医療機関で受診される際には、受給資格者証及び健康保険証をご持参ください。
- ☆ 保険診療を受けた月の翌月から1年以内に申請してください。
- ☆ 医療機関に預けられる場合には通院のみ月1回、原則初診の時に申請者記入欄記入後にお預けください。
- ☆ 加入保険の変更があった場合には、子ども未来課で変更手続きをしていただかないとお支払いができません。
- ☆ 市役所窓口で提出の際には必ず受給資格者証、お子さまの健康保険証をご持参ください。
- ☆ 八代市郡外受診分を領収書で申請される場合は、必ずひと月分をまとめて、受診の翌月以降に申請してください。