

※ 子ども医療費助成申請書の記載方法

子ども医療費助成申請書

<受診診療科

区分	整理番号
1	2
1	

令和 年 月 日

申請者

多賀城市長 殿

受給者

住所 多賀城市
氏名
電話番号
受給者の欄は、医療費受給者証の受給者欄の方の住所、氏名、電話番号を記入してください。

4.平成 6 年 8 月分の医療費の助成を下記のとおり申請します。

記入欄

子ども医療費受給者番号

10

氏名

生年月日

記入例
27年04月01日

18

4.平成
5.令和

19

年

20

月

21

日

加入医療保険 25 保険者番号

お子さまの「医療保険被保険者証」の「保険者番号・名称」欄に記載してある番号を、左詰めで記入してください。

子ども医療費受給者証 (入院・通院)	
公費負担者番号	8 3 0 4 0 0 9 7
受給者番号	
受給者 住所	
氏名	
対象者 氏名	
生年月日	
有効期間	
市長名及び印	宮城県多賀城市長 印
交付年月日	

医療費助成申請書をご記入いただく場合は、「受給者番号」等記入の内容が、受給者証と相違がないかをお確かめの上、ご記入ください。また、診療月ごと、医療機関（総合病院においては診療科、薬局においては処方箋※）ごとに入院・通院分にかけて提出してください。
※処方箋は発行医療機関ごとです。

※ 申請書は、市役所、大代地区公民館、山王地区公民館に置かれているほか、市のホームページからもダウンロードいただけます。

子ども医療費助成制度の登録申請、受給者証の利用方法等ご不明な点がございましたら、お気軽にお尋ねください。

