様式第4号(第7条関係)　　申請日 平成　　年　　月　　日

助成対象者番号

三股町長 殿

住所　三股町

保護者氏名　　㊞

電話 (　　)　　－

《乳幼児》三股町こども医療費助成申請（請求）書（病院/薬局）

平成　　年　　月分乳幼児医療費助成金の交付を受けたく申請(請求)します。

受診者氏名	保険証内容	被保険者氏名	記号/番号
			記号　　番号
生年月日		保険者番号	保険者名
平成　　年　　月　　日			□三股町(国保) □全国健康保険協会(　　)支部 □宮崎県市町村職員共済組合 □その他 (　　)
受診月時点の年齢			
0・1・2・3・4・5・6　歳			

(注意)下線太枠の中を保険診療分についてのみ、医療機関及び調剤薬局で記入してください。

【H　　年　　月分】　診療報酬及び薬剤明細　　(　1. 入院　　2. 外来　)

診療実日数	保険診療点数	一部負担金	薬剤一部負担金	合計受領額
日	点	円	円	円

上記の金額を受領したことを証明します。

平成　　年　　月　　日　　医療機関等の　所在地
名　称
医療機関コード(7桁)
電話番号
代表者氏名　　㊞

システム入力日		支給予定日	

※この太枠内の内容について訂正した場合は、医療機関・調剤薬局等において訂正捺印をお願いします。