

関 覧	主管課長	係長	主査

子ども医療給付請求書

令和 年 月 日

熊本県阿蘇郡西原村長 様

申請者 住所 阿蘇郡西原村大字
電話
氏名 印
個人番号()

子ども医療の支給を受けたいので関係書類を添えて申請します。

支給 対象 者	受給者証番号		保 険 者	保険者名	
	氏名 個人番号			被保険証 記号番号	
	生年月日				

↑ 太枠内のみ記入		太枠内のみ記入		太枠内のみ記入		太枠内のみ記入		太枠内のみ記入		↑	
*一部負担金の額	*付加納付額	*その他の控除額	支給決定額	入院・入院外の別	備考						
円	円	円	円	入院							
				入院外							
				計							

【医療機関へお願い】

これは熊本県阿蘇郡西原村が、子どもの健康の保持と健全な育児を図る目的に実施する制度で、子どもが治療を受けた場合、その本人負担額を西原村が支払うものです。お手数ですが、下記の欄に記入くださるようお願いいたします。

領 収 書			(注) 保険診察の対象額を記入して下さい。		
令和 年 月 分			支給対象者 (患者名)		
区 分	医療費総点数	育成療育等医療費	社会保険負担分	一部負担金の額 (患者負担額)	備考
入 院	点	円	円	円	
入院外					
調 剤					
歯 科					
計					
上記のとおり領収しました。					
令和 年 月 日			保険医療機関 所 在 地 名 称 氏 名 電 話 番 号		
			印		

※ 必ず、6ヶ月以内に役場住民課に提出して下さい。(6ヶ月を過ぎると支払ができません。)