様式第5(第5条関係)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | 受付番号 | 　 | 　 | 　　　　　　　　　　太わく内は必ず本人が記入してから証明を受けてください。 |
| 　 | 　　　　　こども医療費助成金支給申請書　鹿児島市長　殿　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 |
| こども | フリガナ | 　 | 受給者番号 | 　 |
| 氏名 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日　　 | 連絡先 |
| 　 |
| 受給者(保護者) | フリガナ | 　 |
| 氏名 | 　 |
| 住所　　　鹿児島市 | 丁目町 | 番　　　　　　　号番地 | 連絡先の電話番号 |
| 　　　―　　　　― |
| 加入医療保険 | 医療保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 被保険者氏名 | 　 |
| 医療保険者名 | 　 |
| 注　医療保険者番号とは、医療保険者を識別する番号です。保険証を見て、右づめで記入してください。(個人の記号番号ではありません。) |
| 保険医療機関等の証明 | 　 |
| 患者名(助成対象者名) | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日　　 |
| (診療月)年　　月分 | 保険診療総点数 | 入院 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 点 | 保険診療による一部負担金 | 入院 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 円 |
| 外来 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 点 | 外来 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 円 |
| 診療科目 | 医科・歯科・調剤・柔道整復・補装具等 | 証明手数料 | 円 | 公費負担その他 | 有 |
| 医療機関コード | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　　　　　　　　　※番号は右づめで記入してください。　　　　　年　　月　　日　保険医療機関等の所在地　　　　　　　　　名称　　　　　　　開設者氏名　　　　　　　　　　 |

　処理欄

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 診療月1年以内 | 2,000円控除 | 重複 | 高額該当 | 附加給付該当 | 入力 |
| 可・不可 | 有・無 | 有・無 | ア・イ・ウ・エ・オ・無 | 有(　　　　　　　　)円・無 | 済 |