

※ 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

令和 年 月 分の医療費の助成を下記のとおり申請します。

子ども医療費受給者番号 10

対象者欄

氏名											
生年月日	18	19	20	21							
	4. 平成		年	月	日						
	04年04月01日										
加入医療保険	25	保 険 者 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。

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。