

こども医療費助成申請書

平成 年 月 日

白河市

保護者 住 所 白河市

氏 名 ㊞

電話番号 ー

こども医療費 受給資格者証番号		対象となる者	氏 名	
			生年月日	平成 年 月 日

保険診療証明欄

診察年月 平成 年 月

適 用	入院 ・ 外来 ・ 歯科 ・ その他 ・ 薬剤の支給				
保険診療 総点数	点	一部負担金額	円		
食 事 提供回数	回	入院時食事 療養費定額 負 担 額	円	入院時食事療養費 定 額 負 担 月 額 (提供回数×負担額)	円
入院時食事療養費総額（保険適用分月額）			円		

医療機関コード

医 療 機 関
住 所
氏 名 ㊞
電話番号

高額療養費	円
付加給付額	円
支 給 額	円