

申請者記入欄

本宮市子ども医療費助成申請書

令和 年 月 日

本宮市長

住所 本宮市 字
申請者(保護者)氏名

印

加入健康保険の種類
(該当する数字を○で囲んでください。)
1 社会保険(国保組合を含む。)
2 国民健康保険

Table with columns for child name (フリガナ), birth date, phone number, and qualification certificate number.

医療機関等記入欄

保険診療証明書

Table for medical insurance details including treatment month, hospital/clinic name, charges, and insurance points.

令和 年 月 日
医療機関コード
(医療機関) 所在地
名称
氏名

印

(※医療費の証明は、月単位とします。また、訂正した場合は、必ず訂正印をお願いします。)

高額療養費該当者記入欄

高額療養費支給に関する確認書(申立書)

次のとおり確認(申立)します。

年 月 日

保護者(申請者)氏名

印

本宮市長

Table for high-cost medical care confirmation with columns for recipient name, hospital charges, family allowance, and high-cost care payment.