第1号様式（第4条）

小児医療費助成申請書

受給者番号										
ふりがな 小児の氏名								生年月日	年　月　日	
保険証の記号番号	記号				番号			保険者番号		
保険者名	1 松田町　2 全国健康保険協会（　支部） 3 （　）健康保険組合　4 （　）共済組合 5 その他（　）									
医療の区分	1 医科　2 歯科　3 調剤　4 柔整　5 補装具　6 その他（　）									
入院・入院外の別	1 入院　2 入院外							領収書枚数	枚	
診療等の期間	年　月　日　～　年　月　日 （限り）									
医療機関等の名称										
申請の理由	1 県外受診　2 交付前受診　3 未提示・不携帯　4 保険証併用不可　5 その他（　）									
助成申請額	円									

上記のとおり、小児医療費の助成を申請します。

年　月　日

松田町長　殿

住　所

氏　名　㊞

電話番号　（　）

※町記入欄

助成対象の可否		可　・　否
対象区分	入院	県　・　町
	入院外	県　・　町
助成金額の計算	自己負担額（入院費の食事療養費等除く）	円
	高額療養費	円
	付加給付等	円
	助成決定額	円
備考		