第３号様式（第５条関係）

赤字のところを参考に記入してください。

子ども医療費助成申請書

平成２６年　４月　４日

中島村長

申請者　住　所　　中島村大字滑津字中島西 11 - 1

氏　名　　中　島　　太　郎　　印

ＴＥＬ　　０２４８－５２－２１１１

受給資格証記号番号	記号 中　島	番号 ９９９９	子ども	氏　名	中　島　　花　子
				生年月日	平成２６年　１月　１日

保険診療証明欄

診療月　　年　　月分　　診療年齢　　歳

摘　要	・入院　・入院外　・歯科　・薬剤　・その他 （診療科　　科）
保険診療合計点数 （保険適用分月額）	点
一部負担領収金額 （保険適用分月額）	円
食事療養費 （保険適用分月額）	円

医療機関コード

年　　月　　日

医療機関等

住　　所

名　　称　　印

医療機関に証明をもらってください

※振込先を変更する場合は申し出てください。