（その２）※申請医療機関が複数になる場合に使用

確認欄	主 査	確認者	担 当	受 付

※太わく内をご記入ください。

こ ど も 医 療 費 助 成 申 請 書

熊 本 市 長　（宛）　　令和　　年　　月　　日

ふりがな		生年月日	H R　　年　　月　　日
子(患者)の氏名			
病院または薬局名		所在地	1．市内　3．県外(　　県) 2．市外(市町村名　　)

※１医療機関にひと月7,000点(または10,500点)以上かかった方にお尋ねします。

同じ保険証をお使いの方(患者本人またはご家族)の中に、この申請と同じ診療月に総点数が7,000点(または10,500点)以上の医療費がかかった方はいますか。
(70歳以上の方はすべての医療費をご申告ください)

1　いる（領収書添付）　　2　いない

※ひとり親医療費の受給資格をお持ちですか。

1有　2無

関係書類を添え、次のとおり医療費の助成について申請します。
支給される医療費助成金は、別紙提出済の口座振替依頼書に記載の預金口座に振込んでください。なお、助成金額算定のため住民税等の課税資料を閲覧されることに同意します。
また、ひとり親医療費助成の受給資格があり、そちらで算出した助成額が多い場合は、ひとり親医療費での助成を受けること(申請月の翌々月支給)に同意します。

職員記入欄
薬局(or外来)確認
院内
現物(　　点)
対象外(　　点)

課税(　　)・非課税
多数該当　有・無
口座登録　有・無

助成額	百	十	万	千	百	十	円

助成額　　円
(　　枚　　)

ひまわりカード記号・番号	ニ									受付	年　月　日	医療機関番号	4	3								

区分 入院(1) 外来(2)	総　点　数 (点)	一部負担金の額 (円)	高額療養費の額 (円)	附加給付額 (円)	差額 (円)	助　成　額 (円)	診療科目	診療年月 年	診療年月 月	公費番号