様式第6号(第5条関係)

(表)

乳幼児等医療費助成台帳

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 資格証記号番号 | | |  | |  | | | | | | | | | | | |
| 受給資格者 | | 氏名 |  | | | | 生年月日 | 年　　月　　日生 | | | | 住所 |  | | | |
| (　　年　　月　　日変更) | | | | (　　年　　月　　日変更) | | | |
| 乳幼児等 | | 氏名 |  | | | | 生年月日 | 年　　月　　日生 | | | | 住所 |  | | | |
| (　　年　　月　　日変更) | | | | (　　年　　月　　日変更) | | | |
| 加入保険 | 被保険者氏名 | |  | | | | | (再交付)  資格証交付 | | 交付年月日 | | | 有効期間 | | | 摘要 |
| (　　年　　月　　日変更) | | | | | 年　　月　　日 | | | 年　月　日から　年　月　日まで | | |  |
| 住所 | |  | | | | | 年　　月　　日 | | | 年　月　日から　年　月　日まで | | |  |
| (　　年　　月　　日変更) | | | | | 附加給付の有無 | | | 有・無 | | 内容 |  | | |
| 保険種別 | |  | 記号番号 | |  | | 有・無 | | (　　年　　月　　日変更) | | |
|  | (　年　月　日変更) | | 控除額の特例 | | | 期間 | | | | 控除額 | |
| 保険者名 | |  | | | | | 年　　月　　日から  年　　月　　日まで | | | |  | |
| (　　年　　月　　日変更) | | | | |
| 所在地 | |  | | | | | 摘要 |  | | | | | | | |
| (　　・　　・　　変更) | | | | |

(裏)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  | | | | | | | | |
| 乳幼児等医療費支給記録 | | | | | | | | | | | |
| 診察月 | 入外の別 | 医療機関名 | | 給付の種別 | 総医療費 | 社会保険負担額(附加給付を含む。) | その他負担額 | 控除額 | 医療費助成 | | 備考 |
| 支給額 | 月日 |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |