様式第３号(第５条関係)

(表)

子ども医療費助成台帳

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受給資格証番号 | 　 | 　 |
| 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) |
| 助成対象子ども | 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 | 　 |
| 記号番号 | 記号 番号 | 有・無 | (　　　　　年　　月　　日変更) |
| (　　　　年　　月　　日変更) | 備考 | 　 |
| 保険者名 | 　 |
| (　 　年　　月　　日変更) |
| 所在地 | 　 |
| (　 　・　　・　　変更) |

(裏)

|  |
| --- |
| 子ども医療費支給記録 |
| 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 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |