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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |