

申請者記入欄

こども医療費支給申請書

平成 年 月 日

上里町長様

受給資格者住所 上里町大字
氏名
電話 ()

下記のとおり医療費の支給を申請します。

対象のこども	受給資格証番号		加入保険等	世帯主・被保険者組合員の氏名	
	ふりがな			記号番号	
	氏名			名称	健保・国保・共済
	生年月日	年 月 日			全国健康保険協会 支部

(注) 上記申請書欄は、申請者が必ず記入して下さい。

医療機関記入欄

入院 日	外来 日
------	------

領 収 書

¥ _____

ただし、平成 年 月分保険診療一部負担金 (他法本人負担金 円含む)

入院時食事療養標準負担額は含まない

保険診療総点数	点	他法負担分点数	点
---------	---	---------	---

入院時食事療養標準負担額

¥ _____ (算定回数 回)

県コード	点数表	医療機関コード

平成 年 月 日

医療機関所在地(住所)

_____ 様 名称 _____ 氏名 _____ 印

- (注) 1. 上記領収書欄は、医療機関等で記入して下さい。
 2. 点数で記入できない場合は、保険診療総点数の欄に10割分の金額で記入してください。(この場合必ず円と記入すること。)
 3. この領収書は、健康保険の対象とならない費用は含めず記入してください。
 4. 他法負担分点数欄は、公費で支払われる額を点数で記入して下さい。
 5. 学校の管理下で起きた事故・けが等で独立行政法人日本スポーツ振興センターの給付対象となる治療は、こども医療費の支給対象外となります。

処 理 欄	診療一部負担金	高額療養費	附加給付額	支給決定額	備 考
	円	円	円		
	入院時食事療養標準負担額	市町村民税非課税	(非課税で入院4か月以降)		
	円× 回= 円	円× 回= 円	円× 回= 円	円	