

記入例

様式第4号(第6条関係)

処理欄	診療一部負担金(A)	高額療養費(B)	附加給付(C)	支給額合計(A-B-C)
		円	円	円

子ども医療費支給申請書

松伏町長様

受給者の住所、氏名、
連絡先を記入して下さい。

コピーした申請書を提出する場合は
必ず押印して下さい。

住所 松伏町 **松伏2424**

受給資格証の受給者番号欄
の数字を記入して下さい。

氏名 **松伏 太郎**



電話 **048 (991) 1876**

下記のとおり医療費を申請します。

対象児	受給者番号	0987654	加入 医療 保険	世帯主・被保険者 組合員の氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 同上 []
	ふりがな 氏名	まつぶし はなこ 松伏 花子		市町村民税の状況	課税・非課税
	生年月日	平成 17 年 10 月 25 日		記号・番号	松123・456789
			保険者名称	松伏町国民健康保険 全国健康保険協会[]支部 健保組合 共済組合 国保組合	

注) 上記申請書欄は、申請者が記入して下さい。

保険証の記載事項を確認の上、
記入して下さい。

領収書 (医療機関等証明欄)

※

ただ

受診者名、診療年月日、診療点数、負担額及び医療機関名が記載された領収書(原本)を添付する場合は、領収書欄の記入は不要です。
(発行された領収書に上記内容が記載されていない場合は、受診した医療機関(又は薬局、整骨院等)で領収書欄に証明を受けてください。)

保険

点

平成 年 月 日

- ・申請書は診療月別・医療機関別・入通院別に分けてください。
- ・申請は、診療月の翌月以降にお願いします。
- ・領収書はのり付けせずに提出してください。

注) 1

2. 健康保険の対象とならない費用は含めず記入して下さい。