

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	円

こども医療費支給申請書

年 月 日

松伏町長 様

住 所 松伏町

氏 名

電 話 ( )

下記のとおり医療費を申請します。

対象児	受給者番号	.....	加入医療保険	世帯主・被保険者組合員の氏名	<input type="checkbox"/> 同上 [ ]
	ふりがな氏名			市町村民税の状況	課税・非課税
	生年月日	平成 年 月 日		記号・番号	.
				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、申請者が記入してください。

入院 日 外来 日

領 収 書 (医療機関等証明欄)

¥ \_\_\_\_\_

ただし、 年 月分保険診療一部負担金(他法本人負担金 円含む)

—入院時の食事療養に係る標準負担額を含まない—

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

平成 年 月 日

\_\_\_\_\_様 医療機関等所在地(住所)

名 称

氏 名

㊟

注) 1.他法負担分点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。

2.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。