

【記入例】

様式第4号(第6条関係)

事務 処理 欄	<p>この申請書は、医療機関ごと・月ごとに1枚ずつ必要です。</p> <p>◆同じ月でも病院と薬局は別です。 ◆同じ病院、同じ月でも入院と外来は別です。</p>	円
---------------	---	---

子ども医療費支給申請書

宮代町長 様

年 月 日

住所 宮代町 笠原1-4-1

氏名 宮代 太郎

下記のとおり医療費を申請します。

電話 0480 (34) 1111

対 象 こ ど も	受給資格証 番号	1234567	加 入 医 療 保 険	世帯主・被保険者・組 合員・加入者の氏名	宮代 太郎
	ふりがな	みやしろ はなこ		記号・番号	1234 ・ 5678
	氏名	宮代 花子		名称	健康保険組合 国民健康保険組合 共済組合 支部 全国健康保険協会 支部 宮代町 (国民健康保険)
	生年月日	平成 令和 ○年 ○月 ○日			

(注) 上部申請欄は、申請者が記入してください。

領
収
書

添
付
欄

※領収書は「月ごと・医療機関ごと」に
まとめ貼ってください。

	入院	日	外	来
領 収 書				
¥	_____			
ただし、	年	月	分の診療報酬一部負担金(他法本人負担金	円含む)
_____	入院時の食事療養費に係る標準負担額を含まない _____			
保険診療総点数	_____	点	他法負担点数	_____
	_____	点		_____
年	月	日		
受給資格者	様	医療機関所在地(住所)		
		名称		
		氏名		
		印		

(注) 1 上部領収書欄は、医療機関等が記入してください。
2 他法負担点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。