

様式第4号(第6条関係)

事務 処理 欄	診療一部負担金	高額療養費	附加給付	支給額合計
	円	円	円	円

**こども医療費支給申請書**

令和 年 月 日

宮代町長

住所 宮代町  
氏名  
電話 ( )

下記のとおり医療費を申請します。また、医療費の支給において、町が課税情報を閲覧し確認すること及び医療機関及び保険者等に給付状況等を確認することに同意します。

記

対 象 こ ど も	受給資格証 番号		加入 医療 保 険	世帯主・被保者・組 員・加入者の氏名		
	ふりがな 氏名			記号・番号		
	生年月日	平成 令和 年 月 日		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)		

学校・幼稚園・保育園等での授業・行事・部活動による、けがや疾病の医療費ですか。 ※日本スポーツ振興センターの災害共済給付制度の対象となる場合は、こども医療費の対象外となります。	はい・いいえ
申請額が21,000円以上の場合 この申請分と同月に、保険診療分の医療費を21,000円以上支払った家族がいますか。	はい・いいえ

- (注) 1 上部申請欄は、申請者が記入してください。  
2 医療機関に提出の際は、必ずすべて記入してください。

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
他法負担分点数	点
年 月 日	
受 給 資 格 者 様	
医療機関等所在地(住所)	
名 称	
氏 名	

- (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。