

こどもの医療費支給申請書

平成 年 月 日

皆野町長 様

申請者 住所 皆野町大字

氏名 印

電話

下記のとおり医療費を申請します。

申請者記入欄	対象のこども	受給資格者証番号		加入医療保険	世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名	
		ふりがな			市町村民税の状況	
		氏名			記号・番号	
		生年月日			名称	

入院日 外来

領収証

¥ _____

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)

－入院時の食事療養標準負担額及び外来薬剤一部負担金は含まない。－

保険診療総点数	点	他法負担点数	点
---------	---	--------	---

入院時食事療養費標準負担額 ¥ _____ (算定食数 食)

平成 年 月 日

_____ 様

医療機関等所在地 (住所)

名称

氏名 印

市町村記入欄	一部負担金額	高額療養費額	附加給付額	自己負担額	助成額
	① 円	② 円	③ 円	④ 円	① - (② + ③ + ④) 円

- 注) 1 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)。
2 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。