

こども医療費 支給申請書

年 月 日

皆野町長 様

受給資格者氏名：

(連絡先： - -)

次のとおり、医療費を申請します。

こども	受給資格証 番 号		加入医療保険	被保険者等の 氏 名	
	ふりがな			記号・番号	・
	氏 名			保 険 者 番 号	
				保 険 者 名	
	生 年 月 日	年 月 日		資 格 取 得 年 月 日	年 月 日

医療機関等記入欄		入 院 日	外 来	
	領 収 証			
	¥ _____			
	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)			
	年 月 日			
	_____ 様			
	保険医療機関等 住 所 名 称 代 表 者 印			

- 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。