

様式第4号(第6条関係)

こども医療費支給申請書

年 月 日

長瀬町長 様

申請者 住所

氏名

(印)

電話

下記のとおり医療費を申請します。

申請者の記入欄	対象となるこども	受給資格証番号		加入医療保険	世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名	
		ふりがな氏名			市町村民税の状況	課税・非課税
		生年月日			記号・番号	
					名称	
					電話番号	
医療機関等記入欄			入院日		外来日	
	領 収 書					
	¥					
	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を含まない—					
	保険診療総点数	点	他法負担点数	点		
	年 月 日					
	様					
	医療機関等所在地(住所)					
	名 称					
	氏 名					
	(印)					
町記入欄	一部負担金の額 ①	高額療養費の額 ②	附加給付額 ③	自己負担額 ④	助成額 ①-(②+③+④)	
	円	円	円	円	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。