

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



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                |        |

入院日 外来日

領 収 書

¥

医療機関等記入欄

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



|      |              |              |            |            |                  |
|------|--------------|--------------|------------|------------|------------------|
| 町記入欄 | 一部負担金の額<br>① | 高額療養費の額<br>② | 附加給付額<br>③ | 自己負担額<br>④ | 助成額<br>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。