

こども医療費支給申請書

(あて先)
三 芳 町 長

平成 年 月 日

申請者 住 所
氏 名
電 話 () 印

下記のとおり医療費の支給を申請します。

申請者の記入欄	対象こども	受給資格 記号番号	(記入不用)	加入医療保険	世帯主・被保険者・ 組合員・加入者氏名	
		ふりがな 氏 名			市町村民税の状況	課税 ・ 非課税
		生年月日	年 月 日		記号・番号	
					名 称	
					電 話 番 号	()

注) 上部申請書は、申請者が記入してください。

医療機関等記入欄	領 収 書		入院 日	外 来
	¥ _____			
	ただし、 年 月分保険診療一部負担金（他法本人負担額 円を含む。） -入院時の食事療養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 様 医療機関等所在地（住所） 名 称 氏 名 印			

注) ①上部領収書欄は、医療機関等で記入してください。
 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。

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