

申請者の記入欄	こども医療費支給申請書				年 月 日
	神川町長様				
	申請者 住所 神川町大字				
	氏名				
				電話 ()	
下記のとおり医療費を申請します。					
対象となるこども	受給資格証番号		加入保険等	世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名	
	ふりがな			記号・番号	
	氏名			名称	
	生年月日	年 月 日		健保・国保・共済 全国健康保険協会 支部	

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(他法本人負担金 円含む)						
	入院時食事療養標準負担額及び外来薬剤費一部負担金は含まない						
	保険診療総点数	点	他法負担分点数	点			
	入院時食事療養標準負担額				県コード	診療区分	医療機関コード
	¥ _____ (算定数 食)						
	医療機関等所在地(住所)						
年 月 日							
名称							
氏名							
様							

- (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してください。)
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。

市町村記入欄	診療一部負担金	高額療養費	附加給付額	支給決定額	加入保険	領収書枚数
	円	円	円			
	入院時食事療養標準負担額	市町村民税非課税	(非課税で入院4ヶ月以降)		書 類 別	
	円× 食 = 円	円× 食 = 円	円× 食 = 円	円	1・証明 2・領収書	