

## こども医療費支給申請書

令和 年 月 日

小川町長 宛て

住所 小川町  
氏名 (印)  
電話 ( )

下記のとおり医療費を申請します。なお、町県民税課税台帳の内容確認を行うことに同意します。  
併せて医療費の支給認定にあたり、必要があるときは、保険者その他官公署等に高額療養費、付加給付、他法負担分を照会することに同意します。

対象児	受給資格証番号		加入者医療保険	世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名	
	フリガナ氏名			市町村民税の状況	課税・非課税
	生年月日	平成 令和 年 月 日	記号・番号	名称	電話 ( )

注) 上部申請書欄は、申請者が記入してください。

	入院 日	外来 日	
<h2 style="font-size: 1.2em;">領 収 書</h2>			
¥ _____ ただし、 年 月分保険診療一部負担金(他法本人負担分 円を含む) — 入院時食事療養標準負担額は含まない —			
保険診療総点数	点	他法負担分点数	点
¥ _____ (算定食数 食) ただし、入院時食事療養標準負担額			
医療機関等所在地(住所) 年 月 日 名称 様 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 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。  
 3 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(単位:円)で記入してください。

処理欄	保険診療一部負担金	高額療養費	附加給付	支給額合計
	円	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か月以降)	
	460円× 食= 円	210円× 食= 円	160円× 食= 円	