

# 記入例

様式第4号（第8条関係）

こども医療費支給申請書		令和 1 年 5 月 1 日	
小川町長	宛て	住所	小川町 大字角山133
		氏名	小川 太郎
		電話	0493 ( 81 ) 6181
受給資格者の番号を記入		受給資格者名	
みどり色の		お子様が加入している保険の名称	
受給資格証番号	1234567	加入者医療保険	小川 太郎
フリガナ氏名	オガワ ハナコ 小川 花子	世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名	小川 太郎
生年月日	平成 令和22年4月1日	市町村民税の状況	課税・非課税
		記号・番号	1234・5678
		名称	〇〇健康保険組合
		電話	( )

注) 上部申請書欄は、申請者が記入してください。

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				
年 月 日		医療機関等所在地(住所)		
様		名称		
		氏 名		
		①		

領収書がなくなったり、領収証扱いにならないものについては、医療機関での証明が必要となります。

- 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	