

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6年1月1日

小川町長 宛て

住所 小川町大字角山133番地

氏名 小川 太郎

電話 0493（81）6181

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	1023456	加入者医療保険	世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名	小川太郎
	フリガナ 氏名	オガワハナコ 小川花子		市町村民税の状況	課税・非課税
	生年月日	令和4年12月1日		記号・番号	1234・56789

注)上部申請書欄は、申請者が記入してください。

領 収 書

¥

ただし、 年 月 分保険診療一部負担金(他法本人負担分
— 入院時食事療養標準負担額は含まない —

保険者名は

○○健康保険組合、○○共済組合

全国健康保険協会○○支部

国民健康保険の場合は 小川町
などがあります。

保険診療総点数

点 他法負担分点数

点

領収書は月ごと、病院ごと、入院・通院ごと、医科・歯科ごとに分けて提出してください。

「領収書を紛失した」、「領収書扱いにならない」場合は、医療機関等で領収書欄直接記入してもらい証明を受ける必要があります。

算定食数 食)

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 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)		
	円× 食= 円	210円× 食= 円	160円× 食= 円	