

様式第4号（第8条関係）

こども医療費支給申請書

年 月 日

小川町長宛て

住所
氏名
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	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。

領 収 書

入院 日 外来 日

¥

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 ㊞

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	