

【記入例】

乳幼児医療費支給申請書				平成〇〇年〇〇月〇〇日
(あて先) 三 芳 町 長		申請者 住 所 三芳町 〇-〇-〇 氏 名 三 芳 太 郎 印 電 話 (〇〇〇)〇〇〇〇		
受給者証の番号を記入してください。 健康保険証上部の記号番号を記入してください。				
下記のとおり医療費の支給を申請します。				
申請者の記入欄	受給資格証番号	〇〇〇〇〇〇〇	世帯主・被保険者 組合員・加入者氏名	三 芳 太 郎
	ふりがな氏名	みよしはなこ 三 芳 花 子	市町村民税の状況	課税 ・ 非課税
	生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	記 号 番 号	〇〇〇〇〇〇〇〇
			名 称	健康保険組合
		電 話 番 号	〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇	

注) 上部申請書は、申請者が記入してください。

領 収 書		入院 日	外 来
¥ _____ ただし、 年 月分の保険診療一部負担金(他法本人 入院時の食事療養に係る標準負担額を含まない。		領収書を添付するか、または医療機関の証明を受けてください。	
点数	点	他法負担点数	点
この欄は記入しないでください。		月 日	
様			
医療機関等所在地(住所)			
名称			
氏名			
印			

注) 上部領収書欄は、医療機関等で記入してください。

他法負担点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。

町記入欄	一部負担金の額	高額療養費の額	附加給付額	自己負担額	助 成 額
	円	円	円	円	- (+ +) 円