

【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	
下記の通り医療費の支給を申請します。 <div style="position: absolute; top: -20px; left: 20px; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;">                     受給者証の番号を記入してください。                 </div> <div style="position: absolute; top: -20px; left: 450px; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;">                     健康保険証上部の記号番号を記入してください                 </div>				
申請者の記入欄	対象乳幼児	受給資格証番号	〇〇〇〇〇〇〇	
		ふりがな氏名	みよしはなこ 三 芳 花 子	
		生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	
		加入医療保険	世帯主・被保険者 組合員・加入者氏名 市町村民税の状況 記 号 番 号 名 称 電 話 番 号	
		三 芳 太 郎		
		課税 ・ 非課税		
		〇〇〇〇〇〇〇〇		
		健康保険組合		
		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		
_____ 月 日 _____ 様 医療機関等所在地(住所) 名称 氏名		_____ 印		

この欄は記入しないでください。

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