

子ども医療費支給申請書

令和 年 月 日

(あて先) 三芳町長

住 所
氏 名
電 話 ()

下記のとおり医療費を申請します。

対象 こども	受給者番号		加入 医療 保険	被保険者等 の氏名			
	ふりがな 氏 名			記 号		番 号	
	生年月日	H · R 年 月 日		保険者名称	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 ()支部 <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 共済組合		
申請額が21,000円 以上の場合		申請した受診月の同月中に1か所の医療機関等に保険診療分の医療費 を21,000円以上支払った家族はいますか？				はい・いいえ	
学校等での授業・行事・部活動、又は交通事故によるけがや疾病の医療費ですか？						はい・いいえ	

注)上記申請書は、申請者が記入してください。

医 療 機 関 等 記 入 欄	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 円含む。) ※入院時食事療養標準負担額を含まない。						
	受診日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31					
	受診した日に○をつけてください。						
	保険診療総点数 (費用額)		点(円)	他法負担分点数		点	
	令和 年 月 日 _____ 様 <div style="text-align: right;">医療機関等所在地(住所) 名 称 氏 名</div>						

注)1 上部領収書欄は、医療機関等で記入してください。

2 他法負担分点数は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。

処 理 欄	保険診療一部負担金 ①	高額療養費 ②	附加給付 ③	公 費 ④	助 成 額 ① - (②+③+④)
	円	円	円	円	円