

記入例

子ども医療費支給申請書

令和4年 10月 1日

住所 美里町大字木部323-1

申請者(または世帯主や加入者)名を記入してください。

氏名 美里太郎

電話 0495(76)1234

下記のとおり医療費を申請します。

対象の医療費	受給資格証番号	1234567	加入医療保険	世帯主・被保険者 組合員・加入者の氏名	美里太郎
	ふりがな	みさとこまち		記号・番号	12・3456
	氏名	美里小町		名称	美里町国民健康保険
	生年月日	平成24年3月1日		電話	0495(76)1111
診療について	学校(保育園・幼稚園等を含みます)の管理下でのケガですか?【はい・いいえ】				

(注) 上部申請書欄は、申請者が必ず記入してください。

医療機関等記入欄

入院日 外来日

領収書

医療機関等記入欄

¥
ただし、年月
一入院時食事療養標準

保険診療総点数

1つの医療機関等で1月分毎に1枚の
申請書が必要です。

点

申請書の後ろに医療機関等の領収書(原本)を
クリップ等で添付してください。

医療機関コード

¥
ただし、入院時食事療

医療機関等所在地(住所)

お願い：領収書に診療総点数が記載されていない場合は、恐れ入りますが、
医療機関等に保険診療点数の記入と医療機関の押印をしていただくよう
お願いいたします。

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 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。

診療一部負担金	高額療養費	附加給付額	支給決定額	加入保険	領収書枚数
円		円			
入院時食事療養 標準負担額	市町村 非課税	4ヶ月以降	円	書類別	
円	円	円		1 証明 2 領収書	

役場記入欄