

こども医療費支給申請書					
年 月 日					
美里町長様					
住所 美里町大字					
氏 名					
電 話 ()					
下記のとおり医療費を申請します。					
対象のこども	受給資格証番号		加入医療保険	世帯主・被保険者 組合員・加入者の氏名	
	ふりがな			記 号 ・ 番 号	
	氏 名			名 称	電話 ()
	生 年 月 日	年 月 日		個 人 番 号	
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。

領 収 書		医 療 機 関 等 記 入 欄	
		入院 日	外来 日
¥ 年 月分保険診療一部負担金(他法本人負担金 円含む) ー入院時食事療養標準負担額は含まないー			
保険診療総点数	点	他法負担分点数	点
¥ (算定数 食)		県コード	
ただし、入院時食事療養標準負担額		医 療 機 関 コー ド	
年 月 日		医療機関等所在地(住所)	
様		名 称	
		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 他法負担分点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。

処 理 欄	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	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ヶ月以降		書 類 別	
	円	円	円	円	1 証明 2 領収書	