

申請者記入欄

**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	
	生年月日	年 月 日		電話	( )

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

¥ \_\_\_\_\_

ただし、年 月分保険診療一部負担金(他法本人負担金 円含む)  
-入院時食事療養標準負担額は含まない-

保険診療総点数	点	他法負担分点数	点
---------	---	---------	---

¥ \_\_\_\_\_ (算定数 食)

ただし、入院時食事療養標準負担額

県コード	医療機関コード

医療機関等所在地(住所)

年 月 日 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		1 証明 2 領収書	

