



様式第4号(第7条関係)

処理欄	一部負担金の額	高額療養費の額	附加給付額	支給額計
	円	円	円	円

こども医療費支給申請書

令和 年 月 日

毛呂山町長 あて

住所 毛呂山町

氏名

電話

平成

下記のとおり、令和 年 月分の医療費を申請します。

対象児	受給資格証番号	2	4					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								名 称	<input type="checkbox"/> 毛呂山町国民健康保険
	氏名									<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会(支部)
生年月日	平成 年 月 日生							<input type="checkbox"/> ()健康保険組合		
									<input type="checkbox"/> その他()	

注)太枠内を、記入して下さい。

※医療機関等記入欄

領収書

円
 ただし、平成 年 月分保険診療一部負担金(他法本人負担金 円含む)
 令和 年 月 日
 ー入院時食事療養に係る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
---------	---	---------	---

令和 年 月 日

患者氏名 様 医療機関等所在地
 名称
 氏名 印

- 注)1 点数で記入できない場合は、保険診療総点数の欄に10割分の金額を記入して下さい。(この場合は必ず円を記入して下さい。)
 2 この領収書は、健康保険の対象とならない費用は含めず記入して下さい。
 3 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。

※二万一千円以上の領収書は、印鑑が必要になります。

診療費領収書のり付け欄