

| | | | | |
|-------------|--------------|--------------|------------|-----------|
| 処 理 欄 | 一部負担金の額 円 | 高額療養費の額 円 | 附加給付額 円 | 支給額計 円 |
|-------------|--------------|--------------|------------|-----------|

こども医療費支給申請書

年 月 日

毛呂山町長 へ

住所
氏名
電話

下記のとおり、 年 月分の医療費を申請します。

| | | | | | | | | |
|-------------|-------------|--|--|--|--|------------|-------------------------|---|
| 対 象 児 | 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 | | | | | | 名 称 | 毛呂山町国民健康保険 全国健康保険協会(支部) ()健康保険組合 その他() |
| | 氏名 | | | | | | | |
| 生年月日 | 平成 年 月 日生 | | | | | | | |

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、 年 月分保険診療一部負担金(他法本人負担金 円含む)
入院時食事療養に係る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 |
|---------|---|---------|---|

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。

診療費領収書貼付け欄