

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