様式第4号(第6条関係)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 処理欄 | 診療一部負担金(A) | 高額療養費(B) | 附加給付(C) | 支給額合計(A－B－C) |
| 円 | 円 | 円 | 円 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| こども医療費支給申請書  年　　月　　日  　　　松伏町長　宛て  住所  氏名  電話　　(　　)  　下記のとおり医療費を申請します。 | | | | | |
| 対象児 | 受給者番号 |  | 加入医療保険 | 世帯主・被保険者組合員の氏名 |  |
| ふりがな  氏名 |  | 市町村民税の状況 | 課税・非課税 |
| 記号・番号 |  |
| 生年月日 |  | 保険者名称 |  |

　注)　上記申請書欄は、申請者が記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | 入院　　　　日 | | 外来　　　　日 | |
| 領収書(医療機関等証明欄)  　　￥  　　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)  ―入院時の食事療養に係る標準負担額を含まない― | | | | | | | |
|  | 保険診療総点数 | 点 | 他法負担分点数 | | 点 | |  |
| 年　　月　　日  様　　　　　医療機関等所在地(住所)  名称  氏名 | | | | | | | |

　注)　1　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。

　　　2　健康保険の対象とならない費用は含めず記入してください。