

様式第1号(第3条関係)

子ども医療費支給申請書

年 月 日

(あて先)吉川市長

申請者 住 所 吉川市

氏 名 印

電 話 ( )

下記のとおり子ども医療費を申請します。

受給資格者	ふりがな			受診時における加入医療保険	世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名		
	氏 名				市町村民税の状況	課 税・非課税	
対象子ども	ふりがな				記 号		
氏 名			番 号				
	生年月日	年 月 日		加入年月日			
				名 称			
受給資格者振込先							
銀行名	銀行 信用金庫 農協		支店名	支店			
口座番号			口座名義人				

- 備考 1 上部申請書欄は、申請者が記入してください。
- 2 申請者の氏名の記載を自署で行う場合においては、押印を省略することができます。

領 収 書	入院 日		
<div style="border: 1px solid black; width: 80%; margin: 0 auto; padding: 5px;">                 ¥ _____             </div>			
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—			
保健診療総点数	点	他法負担分点数	点
年 月 日		医療機関等所在地(住所)	
(受診者) 様		名 称 氏 名 <span style="float: right;">印</span>	

- (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	診療年月	保険診療総点数	診療一部負担金	高額療養費	附加給付	支払額合計
	年 月	点	円	円	円	円

