

様式第2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 ㊟

電 話 ( )

下記のとおり子ども医療費を申請します。

対象子ども	資格証番号		加入 受診時における 医療保険	世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名	
	ふりがな氏名			市町村民税の状況	課税・非課税
	生年月日	年 月 日		記号番号	
				名 称	

- 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。

	入院	日	外来
--	----	---	----

領 収 書

¥

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	他法負担点数	点
---------	---	--------	---

年 月 日 医療機関等所在地(住所) 名称

(受診者) \_\_\_\_\_ 様 氏名 ㊟

- (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
	年 月	点	円
	高額療養費	附加給付	支給額合計
	円	円	円

---