

様式第2号(第3条関係)

子ども医療費支給申請書				〇〇年〇〇月〇〇日	
(あて先)吉川市長		申請者 住所 吉川市〇〇〇〇番地〇			
		氏名 〇〇 〇〇 (印)			
		電話 〇〇〇(〇〇)〇〇〇〇			
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	〇〇〇〇〇〇〇〇	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	〇 〇 〇 〇
	ふりがな氏名	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 〇 〇 〇 〇		市町村民税の状況	課 税・非課税
	生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日		記号	よ〇〇〇
				番号	〇〇〇〇〇〇
			名称	吉川市国民健康保険	

- 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	外 来
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 200px; margin: 0 auto;"> ¥ _____ </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—			
保険診療総点数	_____点	他法負担分点数	_____点
____年__月__日		医療機関等所在地(住所) 名 称	
(受診者) _____様		氏 名 (印)	

- (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
	年 月	点	円
	高額療養費	附加給付	支給額合計
	円	円	円
