

子ども医療費支給申請書		年 月 日		
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-bottom: 5px;">申請者記入欄</div> (宛先)吉川市長 申請者 住 所 吉川市 _____ 氏 名 _____ ④ 電 話 _____ () _____				
下記のとおり子ども医療費を申請します。				
子ども	資格証番号		交通事故や学校管理下 におけるケガですか (疾病・障がいなど含む)	はい・いいえ
	ふりがな 氏 名		加入 受診時 医療保 険 に お け る	世帯主・被保険者等 の氏名
				記 号
				番 号
生年月日	年 月 日		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。
 3 申請書は、診療月の翌月以降に提出してください(当月分は原則受け付けできません。)

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-bottom: 5px;">領収書貼付または 医療機関が記入する欄</div> 領 収 書	入院 日 外 来				
¥ _____					
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)					
ー入院時の食事療養に係る標準負担額を含まないー					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">保険診療総点数</td> <td style="width: 50%; text-align: right;">点</td> </tr> <tr> <td>他法負担分点数</td> <td style="text-align: right;">点</td> </tr> </table>	保険診療総点数	点	他法負担分点数	点	
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 氏 名				
(受診者) _____ 様	④				

- (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