様式第1号(第3条関係)

|  |
| --- |
| **子ども医療費支給申請書****申請者記入欄****平成　　　年　　　月　　　日****(宛先)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。** |
| **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** |  |
| **受診時における加入医療保険** | **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。)。**

**領収書貼付または
医療機関が記入する欄**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | **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** | 他法負担分点数 | 点 | 　 |
| **年　　月　　日****(受診者)　　　　　　　　　　様** | **医療機関等所在地(住所)****名称****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　　 |