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 |