

子ども医療費支給申請書				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。なお、当該支給額の算定にあたり必要がある場合は、吉川市が保険者等に診療報酬および療養費等の給付状況を確認することを承諾します。				
子ども	資格証番号		受診時における 加入医療保険	世帯主・被保険者等の氏名
	ふりがな 氏 名			記 号 番 号
	生年月日	年 月 日		名 称
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
申請額が21,000円以上の場合	子の申請分と同月に、1か所の医療機関等に保険診療分の医療費を21,000円以上支払った家族がいますか。			はい・いいえ

- 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。)

ホ  
キ  
ス  
留  
め

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">                     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
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">                     ¥ _____                 </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—		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">                     保険診療総点数 _____ 点                 </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">                     他法負担分点数 _____ 点                 </div>	
_____年 月 日 医療機関等所在地(住所)		
_____ 名 称 (受診者) _____ 様 氏 名		
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; text-align: center; vertical-align: middle;">印</div>		

- (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	他公費負担額
	円 (限 円)	円	円
	高額療養費 合算の有無	所得区分	支給額合計
	有 ・ 無	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ	円