

申請者が記入する欄

入間市子ども医療費支給申請書

(あて先)入間市長

平成 年 月 日

申請者 住所 入間市

氏 名

電話番号

市 使用 欄	医療	証明	診療

次のとおり医療費を申請します。

受給資格証 受給者番号									加入 医療 保険	世帯主・被保険 者・組合員・加入 者の氏名	
子ども	ふりがな 氏 名									保 険 者 番 号	
	生年月日	平成		年		月		日		記 号 ・ 番 号	
	診 療 月	平成		年		月				名 称	国民健康保険 健康保険組合 共 済 組 合 全国健康保険協会 支部
										市民税の状況	課 税 ・ 非 課 税

医療機関が記入する欄（領収書の貼付ができない場合のみ記入依頼）

領収書（レシート）を貼付し、申請する場合は医療機関が記入する欄の作成は不要です。この欄に領収書を貼付けしてください。

入院 日 外 来

領収書

¥

(一部負担金に相当する金額)

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。)とし、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
---------	---	---------	---

(柔道整復等の場合は、健康保険診療総額分にあたる金額(円)を記入)

入院時食事療養標準負担額

¥

(算定日数 日)

年 月 日

医療機関 コード	
-------------	--

子ども氏名

医療機関等
所 在 地
名 称
氏 名
TEL

様

(注) 1 この領収書は、健康保険の対象とならない費用は含めず記入してください。
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。

※領収書（レシート）は、医療機関名・日付・診療月・子ども氏名・保険点数・金額が記入されている原本を、左欄に貼付けしてください。

受 領 印	診療一部負担金(A)	高 額 療 養 費(B)	附 加 給 付(C)	支 給 額 合 計(E)
	円	円	円	A－B－C＋D＝E
	入院時食事療養基準負担額(D)	市民税非課税	(入院4箇月以降)	
	円× 回＝ 円	円× 回＝ 円	円× 回＝ 円	円