

様式第4号(第6条関係)

| | | | | | | |
|-------|--------------------|---------------------|-------------------------|-------|-----|-------|
| 決裁処理欄 | 決裁権者 | | | 担 当 | 受 付 | 年 月 日 |
| | | | | | 決 裁 | 年 月 日 |
| | | | | | 支 給 | 年 月 日 |
| | 診療一部負担金 | 高額療養費 | 附加給付金 | 支給額合計 | | |
| | 入院時食事療養標準 円×食＝円 | (市町村民税非課税) 円×食＝円 | (非課税で入院91日目以降) 円×食＝円 | 円 | | |

こども医療費支給申請書

年 月 日

横瀬町長 様

申請者住所
(受給資格者)氏名 (印)
電 話 ()

下記のとおり、医療費の支給を申請します。
記

| | | | | | |
|-----|---------------|-------|----------------|-----------------------------|--------|
| 対象児 | 受給資格証 記号番号 | | 加入 医療 保険 | 世帯主・被保険 者・組合員・加入 者の氏名 | |
| | フリガナ 氏名 | | | 市町村民税の 状 況 | 課税・非課税 |
| | 生年月日 | 年 月 日 | | 記号・番号 | |
| | | | | 名 称 | Tel |

(注) 上部支給申請書欄は、申請者(受給資格者)が記入してください。

| | | |
|-------|------|-----|
| 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。)
 _____ 入院時の食事療養に係る標準負担額は含まない。 _____

| | | | |
|---------|---|---------|---|
| 保険診療総点数 | 点 | 他法負担分点数 | 点 |
|---------|---|---------|---|

入院時食事療養標準負担額
 ¥ _____ (算定食数 食)
 年 月 日
 様

医療機関等所在地(住所)
 名 称
 氏 名 (印)

- (注) 1 下部領収書欄は医療機関等で記入してください。(入院・外来を表示してください。)
 2 他法負担分点数欄は、他法公費負担で支払われる額を点数で記入してください。
 3 この申請書を横瀬町に提出するときは、印鑑・保険証も持参してください。