

**◎ こどもの医療費支給申請書**

年 月 日

越 生 町 長 様

住所  
申請者 氏名  
電話 ( )

下記のとおり医療費の支給を申請します。

対象 の こ ど も	受給資格証 記号・番号	加入 世帯主・被保険者 組合員・加入者の氏名	
	ふりがな 氏 名	医療 市町村民税の状況 記号・番号	課 税 ・ 非課税
	生年月日	保 険 名 称	電 話 ( )

注) 上部申請書欄は、申請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)  
—入院時食事療養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 (結核予防法等)		点
---------	--	---	---------------------	--	---

¥ \_\_\_\_\_ (算定日数\_\_\_\_日) ただし、入院時食事療養標準負担額  
\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日  
様  
住所  
医療機関等 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、結核予防法等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	診療一部負担金	高額療養費	附加給付	支給額合計
	円	円	円	
	入院時食事療養標準負担額 円× 日 = 円	(市町村民税非課税) 円× 日 = 円	(非課税で入院4か月以降) 円× 日 = 円	円