

医療機関コード										受付		年 月 日		
一部負担金等の額					高額療養費					附加給付額			加入保険	
円					円					円				
入院時食事療養標準負担額			市町村民税非課税			(入院4か月以降)			支給決定額			領収書枚数		
260円×食			210円×食			160円×食			円					
= 円			= 円			= 円								

保育所、学校等で発生したケガ等の治療に関する領収書は含まれておりません。

### こども医療費支給申請書

令和 年 月 日

秩父市長 様

申請者 住所 秩父市

氏名

(電話 - - )

次のとおり医療費を申請します。

対象となるこども	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	
	氏名			市民税の状況	課税 ・ 非課税
	生年月日	平成 年 月 日		記号 ・ 番号	
		令和 年 月 日		名称	

## 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。)

— 入院時の食事療養標準負担額を含まない —

保険診療総点数	点	他法負担点数	点
---------	---	--------	---

令和 年 月 日

医療機関等所在地(住所)

様 名称

氏名

(印)

- 1 上部申請書欄は、申請者が記入してください。
- 2 下部領収書欄は、医療機関等で記入してください。
- 3 他法負担点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。