

第6号様式 (第7条関係)

子ども医療費支給申請書		年 月 日		
申請者記入欄	(宛先) 伊奈町長		申請者 住所	
			氏 名	
			電 話	
	下記のとおり医療費を申請します。			
	対象となる子ども	受給者証 記号番号		被保険者、世帯主等の 氏名
	ふりがな 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	
	いずれかを○で囲む		名 称	
	小学校入学前	小学生以上	※1 附加給付金(家族療 養費)の有無	有 無

※太枠内を記入してください。

※1有の場合は支給明細書を添付してください。

医療機関等記入欄	入院 日		外 来	
	領 収 書			
	¥ _____			
	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。—			
	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)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	一部負担金額合計	受 付		支 払		
	円	年 月 日		年 月 日		
	保険診療一部負担金	高額療養費	付加給付	そ の 他	支給額合計	
	円	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)		
円× 食×1/2 = 円	円× 食×1/2 = 円		円× 食×1/2 = 円		円	