

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 印 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		加入医療保険	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。

※領収書を添付の際は、この位置にホチキスでとめてください。

医療機関等記入欄	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) ー入院時の食事療養に係る標準負担額を含まない。ー			
	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	附加給付	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 × 食 × 1/2		円 × 食 × 1/2			
= 円	= 円		= 円		円	