

子ども医療費支給申請書

平成 年 月 日

久喜市長 あて

住 所 久喜市

氏 名

電 話 ()

下記のとおり医療費を申請します。

子 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			
	ふりがな 氏 名								記 号 ・ 番 号			
	生 年 月 日	H		年		月			名 称	電 話 ()		
	診 療 月	平成		年	月 分		保 険 者 番 号					

注) 上部申請書欄は、申請者が記入してください。 領収書は裏面にのり付けしてください。

医 療 機 関 記 入 欄	領 収 書						入 院	入院日数	外来	調剤			
							1	日	2				
	¥					円							
	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) ※保険の対象とならない費用を含まない												
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 ¥ 円 (算定食数 食)													
平成 年 月 日						医療機関等所在地(住所)							
様						名 称							
						氏 名							

注) 1 領収書欄は、医療機関等で記入してください。(数字は右詰めで記入してください。)

2 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	高 額 医 療 費				附 加 給 付				保 険			証 拠			科 目 コ ー ド						
									国	社	組	証	レ	外	医	歯	調	接	養	療	他
									1	2	3	1	2	3	1	2	3	4	5	6	9
	医療機関コード				入院時食事療養標準負担額				(市民税非課税)						(市民税非課税で入院90日超)						
				260円× 食 円				210円× 食 円						160円× 食 円							

※処理欄は記入しないでください。