

こども医療費支給申請書

平成 年 月 日

杉戸町長 あて

申請者 住所 杉戸町

氏名 印

電話番号 ()

下記のとおり医療費を請求します。

申請者の記入欄	対象の子ども	受資格給証番号 ふりがな 氏名 生年月日	加入医療保険	世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名	
				市町村民税の状況	課税・非課税
				記号・番号	
		平成 年 月 日生		保険名称	
		平成 年 月 診療分		電話番号	()
			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	他法負担点数	_____点
---------	--------	--------	--------

平成 _____年 _____月 _____日
_____様

医療機関等所在地(住所)

名称

氏名

市町村記入欄	一部負担金の額	高額療養費の額	附加給付額	助成額 -(+)
	_____円	_____円	_____円	_____円

- (注) 1 点数で記入できない場合は保険診療総点数の欄に10割分の金額で記入してください(この場合必ず円と記入すること)。
 2 この領収書は、健康保険の対象とならない費用は含めず記入してください。
 保険点数が記載されている領収書を当申請書に添付する場合は、クリップ等で留め、糊やセロハンテープは使用しないでください。