

様式第5号（第6条関係）

こども医療費支給申請書

申請者記入欄	年 月 日				
	寄居町長 あて		受給資格者 住所 寄居町大字		
			氏名		
			電話		
	下記のとおり、医療費を申請します。なお、私又は私の扶養家族の医療保険加入期間内の診療分について、町が健康保険組合等に診療報酬、療養費等の給付状況等を確認することについて承諾します。				
対象のこども	受給資格証 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	-----		市町村民税の状況	課税・非課税
	生年月日	年 月 日		記号・番号 名称	
				電話番号	()

(注) 上部申請書欄は、申請者が記入してください。

医療機関等記入欄	領 収 証		入院 日	外来 日
	¥ _____ 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） 一入院時の食事療養に係る標準負担額を含まない。一			
	保険診療総点数	_____ 点	他法負担分点数	_____ 点
	入院時の食事療養標準負担額		外来薬剤一部負担金	
	¥ _____ (算定食数 _____ 食)		¥ _____	
	年 月 日		医療機関等所在地(住所)	
様		名称		
		氏名	(印)	
		電話		

(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。

処理欄	保険診療一部負担金	高額療養費	付加給付	支給総計
	円	円	円	
	入院時食事療養標準負担額	市町村民税非課税	非課税で入院4か月以降	
	円 × 食 = 円	円 × 食 = 円	円 × 食 = 円	円