

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				
	(宛先)				
	寄居町長				
	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	
	フリガナ 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	入院 日		外来 日	
	領 収 証			
	¥ 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
	入院時の食事療養標準負担額 ¥ (算定食数 食) 年 月 日 医療機関等所在地(住所) 様 名称 氏名 ⑩ 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