

(養育医療に係る子ども医療費申請用)

様式第4号(第6条関係)

処理欄	診療一部負担金(A)	高額療養費(B)	附加給付(C)	支給額合計(A+B+C)
	円	円	円	円

こども医療費支給申請書

年 月 日

松伏町長 様

住 所 松伏町

氏 名

電 話 ()

下記のとおり医療費を申請します。

対象児	受給者番号		加入	世帯主・被保険者組合員の氏名	<input type="checkbox"/> 同上 []
	ふりがな氏名		入	市町村民税の状況	課税・非課税
			医	記号・番号	・
	生年月日	年 月 日	療 保 険	保 険 者 名 称	松伏町国民健康保険 全国健康保険協会[]支部 健保組合 共済組合 国保組合

注) 上記申請書欄は、申請者が記入してください。

入院 日		外来 日	
領 収 書 (医療機関等証明欄)			
〒			
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
年 月 日			
様		医療機関等所在地(住所)	
		名 称	
		氏 名	
		(印)	

私は、未熟児養育医療給付に係る自己負担金について、子ども医療費支給金をもって支払に充てる旨を申し出ます。

氏名