

(養育医療に係るこども医療費申請用)

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 | | 加入医療保険 | 世帯主・被保険者組合員の氏名 | <input type="checkbox"/> 同上 [] |
| | 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 | ・ |
| | | | | 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、こ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