

□入院 □高額 (□同意書) 付加給付 (制度なし ・ _____ 円以上)

様式第5号 (第7条関係) □返戻 □小児慢性 □養育 □育成 □精神通院 負担率 %

子

決 裁 処 理 欄	決 裁 権 者	課 長	担 当	受 付	通 知	支 払
				月 日	月 日	月 日
	診 療 一 部 負 担 金	高 額 療 養 費	附 加 給 付	支 給 額 合 計		
	円	円	円			
	入 院 時 食 事 療 養 標 準 負 担 額	市 町 村 民 税 非 課 税	(入 院 4 か 月 以 降)			
円 × 食 = 円	210 円 × 食 = 円	160 円 × 食 = 円	円			

こども医療費支給申請書

申請日 (提出日) を記載

令和 4年 10月 4日

東松山市長 宛て

住所 東松山市松葉町1-1-58

申請者 氏名 松山太郎

電話 (23) 2221

健康保険証被保険者 (世帯主) の氏名

こども医療費受給資格証に記載されている受給者番号

下記のとおり医療費を申請します。なお、市県民税課税台帳の内容確認を行うことに同意します。

お 子 様 の 生 年 月 日	受給者番号	1234567	加 入 医 療 保 険	世帯主・被保険者 組合員の氏名	松山太郎	
	医療にかかったお子様の氏名			市町村民税の状況	課税	保険証の記号・番号
	ふりがな	まつ やま はな こ		記号・番号	松国 123456	
	氏名	松山 花子		名 称	東松山市国民健康保険	
生年月日	H25年1月1日					
診療月	令和4年1月分					

健康保険証被保険者 (世帯主) の氏名

保険証の名称

お医者さんにかかった月

上部申請書欄は、申請者が記入してください。

医療機関発行の領収書 (お子様の氏名、診療日、保険診療点数及び負担割合、保険診療一部負担金、領収印等の記載のもの)があれば下記は記入不要です。

外来 1日

入院・通院の1カ月延日数

¥ 650

ただし、年 月 月分保険診療一部負担金 (他法本人負担金 円) 円

……入院時の食事療養に係る標準負担金を含まない……

保険診療総点数	325 点	他法負担分点数	点
---------	-------	---------	---

(柔道整骨では 保険診療総医療費 円)

整骨院等にかかった場合、1カ月の健康保険請求額を記入

¥ (算定食数 食) ただし、入院時食事療養標準負担額

令和 4年 2月 10日

様

医療機関等所在地 (住所) 東松山市松葉町1-1-58

名称 〇〇〇医院

氏名 〇〇〇〇〇

領収書扱いにならないもの (保険点数未記載等) については、医療機関の証明が必要

注) 1 上部領収書欄は、医療機関等で記入してください。

2 他法負担分点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。