

入間市子ども医療費支給申請書

(あて先)入間市長 令和 年 月 日
申請者 住所 入間市

市 使用 欄	医療	証明	診療

氏名
電話番号

次のとおり医療費を申請します。

申請者が記入する欄	記号番号										
	子ども	ふりがな氏名								加入医療保険	世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名
		生年月日	平成 令和	年	月	日				保険者番号	
		診療月	平成 令和	年	月					記号・番号	
								名 称 国民健康保険健康保険組合 共済組合 全国健康保険協会 支部			
								市民税の状況 課税・非課税 ※医療機関の証明後にご記入ください。			

医療機関が記入する欄(領収書の貼付ができない場合のみ記入依頼)	領収書(レシート)を貼付し、申請する場合は医療機関が記入する欄の作成は不要です。この欄に領収書を貼付けしてください。		入院日	外来	※領収書(レシート)は、医療機関名・日付・診療月・子ども氏名・保険点数・金額が記入されている原本を、左欄に貼付けしてください。
	領収書	¥	(一部負担金に相当する金額)		
	ただし、 年 月 分保険診療一部負担金(他法本人負担金む。)とし、入院時の食事療養に係る標準負担額を含まない。		円含		
	保険診療総点数	点	他法負担分点数	点	
	(柔道整復等の場合は、健康保険診療総額分にあたる金額(円)を記入)				
	入院時食事療養標準負担額	¥	(算定日数 日)		
	年 月 日	医療機関コード			
子ども氏名	医療機関等 所在地 名称 氏名 TEL				
				(印)	
(注) 1 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。 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。					

受領印	診療一部負担金(A)	高額療養費(B)	附加給付(C)	支給額合計(E)
	円	円	円	A-B-C+D=E
	入院時食事療養基準負担額(D)	市民税非課税	(入院4箇月以降)	
	円×回=円	円×回=円	円×回=円	円