様式第4号(第5条関係)

入間市子ども医療費支給申請書

令和　　年　　月　　日

(あて先)入間市長

申請者
住　所　入間市
氏　名
電話番号

市使用欄	医療	証明	診療

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		
	生年月日	平成 令和　　年　　月　　日	
	診療月	平成 令和　　年　　月	
加入医療保険	世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名		
	保険者番号		
	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　　円含む。)とし、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

(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

様

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