

様式第5号(第6条関係)

決 裁 処 理 欄	決裁権者	課長	主幹	主査	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)		(非課税で4か月以降)			
260円× 回= 円		210円× 回= 円		100円× 回= 円				

子育て支援医療費支給申請書

申請日 **平成××年××月××日**

川島町長 様

住所 川島町大字下八ツ林870番地1
 名 川島太郎
 話 049(297)1811

ピンク色の受給資格証の受給者番号
7ケタを記入してください。

お子さんが加入している
医療保険の内容を記入し
てください。

下記のとおりに医療費を申請
してください。

対 象 児 童	受給者番号	1000001	加 入 保 険	世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名	川島太郎
	ふりがな氏名	川島花子		市町村民税の状況	課税・非課税
	生年月日	平成21年1月27日		記号・番号	川島・0000
				名称	川島町国民健康保険 電話049(297)1811
添付された領収書は日本スポーツ振興センターの災害共済給付を申請したものですか					はい・いいえ
添付された領収書は交通事故等第三者行為によるものですか					はい・いいえ

注) 上部申請書欄は、申請者が記入してください。

領 収 書	入 院 日	外 来
¥ _____ 円		
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及び外来薬剤一部負担金を含まない～		
保険診療総点数 _____ 点	他法負担分点数 _____ 点	
入院時食事療養標準負担額		
¥ _____ 円	(算定日数 _____ 日)	
年 月 日	医療機関等所在地 (住所)	
様	名 称	
	氏 名	(印)

- 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。
 3 日本スポーツ振興センターの災害共済給付や交通事故等第三者行為による給付をうけられる場合は子育て支援医療費の対象にはなりません。