

こども医療費支給申請書

令和 年 月 日

(宛先) 富士見市長

住 所
申請者 氏 名
電 話 ()

次のとおり(平成・令和) 年 月分のこども医療費を申請します。

受給者番号	*1		加入医療 保険名称	ア 国民健康保険 イ 健康保険組合 ウ 全国健康保険協会 支部 エ 共済組合
フリガナ				
こども氏名			*13	
生年月日	平成 令和	年 月 日	申 請 額	円

(注1) 申請書の太枠内を漏らさず記入し、下欄に医療機関等の証明を受けるか、又は領収書を裏面に貼付して、診療月の翌月以降に提出してください。

(注2) この申請書は、診療月ごと、医療機関(総合病院は医科と歯科)ごとに、入院・外来を区別して、それぞれ1枚ずつ記入してください。

医療機関等証明欄

*2 診療年月 年 月 診療分	*3 区分 1入院・2外来 診療科()	*4 日数	<table border="1" style="width: 100%; height: 30px;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>			日
	3歯科・4調剤 5その他・6訪問看護					
*5 点数	7柔道整復・8補装具					
保険診療総点数	点	保険診療窓口負担額	円			
他法負担点数	点	(食事療養費を除く。)				
(公費負担分)		*15・16食事療養標準負担額	食分	円		
				を領収しました。		
年 月 日						
	医療機関所在地					
	*6名	称				
	氏	名		印		

市 処 理 欄	*7支給相当額	*8高額療養費限度額	*9附加給付額	支給額	*11 1県内・2県外
	円	円	円	円	*12 証明書 <input type="checkbox"/>