

□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 %



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

令和 年 月 日

東松山市長 宛て

住所 東松山市

申請者 氏名

電話 ()

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。

対 象 児	受給資格証 番 号		加 入 医 療 保 険	世帯主・被保険者 組 合 員 の 氏 名	
	ふりがな 氏 名			市町村民税の状況	課 税 ・ 非課税
	生 年 月 日	年 月 日		記 号 ・ 番 号	
	診 療 月	年 月 分		名 称	

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 日
--	------	------

¥ _____

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金を含まない……

保 険 診 療 総 点 数	点	他 法 負 担 分 点 数	点
---------------	---	---------------	---

(柔道整骨では 保険診療総医療費 _____ 円)

¥ _____ (算定食数 _____ 食) ただし、入院時食事療養標準負担額

令和 年 月 日

様

医療機関等所在地 (住所)

名 称

氏 名

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。