

《記入例》



様式第4号(第7条関係)

処 理 欄	保険診療 一部負担金	高額療養費	附加給付額	支給額	不支給等の 理由
	円	円	円	円	
	入院時食事療養標準負担額				
	課税	非課税	非課税(入院91日以上)	支給額	
	回 円	回 円	回 円	円	

申 請 者 記 入 欄	子ども医療費支給申請書				
	令和〇〇年〇〇月〇〇日				
	朝霞市長宛				
	住所 朝霞市 本町1丁目1番1号				
	氏名 朝霞太郎 印				
電話番号 048 (〇〇〇) 〇〇〇〇					
次のとおり医療費の支給を申請します。					
対 象 こ ど も	氏名	朝霞花子		世帯主・被保険者 ・組合員の氏名	朝霞太郎
	生年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日		記号・番号	1・23456
	受給資格証番号	1 2 3 4 5 6 7		保険証の 名称	() 〇 〇 〇
	市町村民税の状況	課税 非課税		[]に名称を記入し 該当の保険に〇を してください。	朝霞市国民健康保険 国民健康保険 全国健康保険協会 健康保険組合 共済組合

医 療 機 関 等 記 入 欄	ホチキスで留めてください。	領収書	入院 日	外 来
	以下の内容が記載されている保険適用分であること。 ・受診者名 ・受診年月日 ・保険点数 ・保険負担割合 ・領収印があるもの ※領収書で保険点数が分からない場合は、明細書も貼ってください。		点	印

- (注) 1 上部申請書欄は、申請者が記入してください。
 2 下部申請書欄は、医療機関等が記入してください。
 3 他法負担点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。
 4 点数で記入できない場合は、金額で記入してください。(この場合は、必ず円と記入すること。)