

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	回	回	円	
	円	円	円		

申 請 者 記 入 欄	<h2 style="margin: 0;">こども医療費支給申請書</h2> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">朝霞市長宛</p> <p style="text-align: right;">住所 朝霞市</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____ 印</p> <p style="text-align: right;">電話番号 () _____</p>					
	対象こども	フリガナ氏名				フリガナ世帯主・被保険者・組合員の氏名
		生年月日	年 月 日	加入医療保険	記号・番号	・
		受給資格証番号	-----	保険証の名称	()	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
	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○をしてください。			

医 療 機 関 等 記 入 欄	領収書			入院 日	外 来
	¥ _____ 年 月分保険診療一部負担金(他法本人負担金 円含む) ただし、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	他法負担点数	点	点
	入院時食事療養標準負担額 ¥ _____ (算定回数 回)				
	令和 年 月 日 医療機関等の所在地(住所) 様 名称 氏名 印				

- (注) 1 上部申請書欄は、申請者(保護者)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。)