

こども医療費支給申請書

令和 年 月 日

蕨市長 あて

住所 蕨市 錦町・北町・中央・南町・塚越

申請者 丁目 番 号

氏名

電話 ()

下記のとおり医療費を申請します。

申請者記入欄

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・加入者の氏名	
	氏名			記号・番号	
	生年月日	年 月 日		名称	健保・国保・共済 協会けんぽ
	診療月	年 月 分	市町村民税の状況	課税 ・ 非課税	

領収証

令和 年 月 日

様（受診者）

円

ただし、下記診療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を含まない。－

診療年月	年 月	区分	外来・入院（ 日）
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（算定食数 食）

医療機関等所在地
名称
氏名

電話 ()

印

医療機関等記入欄

- (注) 1 上部申請書欄は、申請者が記入してください。
2 下部領収証欄は、医療機関等が記入してください。
3 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。
4 点数で記入できない場合は、金額で記入してください。（この場合必ず円と記入すること。）
5 この領収証は、健康保険の対象とならない費用は含めず記入してください。

一部負担金 ①	高額療養費 ②	附加給付額 ③	入院時食事療養標準負担額 ④	助成額 ①－(②+③)＋④
円	円	円	円	円