

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="margin: 0;">令和 年 月 日</p> <p style="margin: 0;">朝霞市長宛</p> <p style="margin: 0;">住所 朝霞市 _____</p> <p style="margin: 0;">氏名 _____</p> <p style="margin: 0;">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	記号・番号	・
		受給資格証番号		保険証の名称	()
		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	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	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
	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。)
- 5 受診した月の翌月から申請ができます。
- 6 申請書1枚につき1医療機関もしくは1薬局の1か月分(月初~月末)の医療費をまとめてください。ただし、同じ医療機関でも「入院」と「通院」があるとき、総合病院で「小児科」と「耳鼻科」のうに複数の診療科目で診療を受けたときは申請書を分けてください。