

様式第4号（第7条関係）

処 理 欄	診療一部負担金	高額療養費	附加給付額	支給額合計 円
	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× 日＝ 円	円× 日＝ 円	円× 日＝ 円	

滑川町子ども医療費支給申請書（乳幼児）

年 月 日

(宛先) 滑川町長

住所
申請者 氏名 印
電話 ()

下記のとおり医療費を申請します。

対 象 児 童	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	電話 ()

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	
<p>¥ _____</p> <p>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） ～入院時食事療養標準負担額は含まない～</p>			
保険診療総点数	点	他法負担分点数	点
<p>¥ _____ (算定回数 回) ただし、入院時食事療養標準負担額</p> <p>年 月 日 様</p> <p style="text-align: right;">医療機関等所在地（住所） 名 称 氏 名 印</p>			

- 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、結核予防法等公費負担で支払われる額を点数で記入してください。