

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

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
--	------	-----

¥ \_\_\_\_\_

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～

保険診療総点数	点	他法負担分点数	点	
---------	---	---------	---	--

¥ \_\_\_\_\_ (算定回数 回) ただし、入院時食事療養標準負担額

年 月 日 様

医療機関等所在地（住所）  
名 称  
氏 名 印

- 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。