

申請者記入欄

子

日高市子ども医療費支給申請書

年 月 日

(あて先) 日高市長

住所

申請者 氏 名

電話番号

下記のとおり医療費の支給を申請します。

この申請に当たり、申請者の課税状況につき、税務関係所管に報告を求めることに同意します。

対象となる 子ども	受給資格証 受給者番号							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	

添付領収書のりしろ

医療機関等記入欄

受 診 者 氏 名						診療年月			年			月
区 分					外 来			入 院				
診 療 (入 院) 実 日 数											日	
保 険 診 療 総 点 数											点	
他 法 負 担 分 点 数											点	
保 険 診 療 一 部 負 担 金 (入院時食事療養標準負担額を除く。)								円			円	
入 院 時 食 事 療 養 標 準 負 担 額 (算定食数)											円	
											食	
※ 数字は右づめで、金額の頭には必ず¥を記入してください。 上記のとおり診療し、自己負担額を領収しました。(コードは必ず記入してください。)												
年 月 日					医療機関コード							
医療機関等 所 在 地 名 称 氏 名 電 話 番 号												
印												

(注) 1 1レセプトごとに記入してください。
2 他法負担分点数は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。ただし、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、必ず円と記入してください）。

処理欄	保険診療一部負担金	高額療養費	付 加 給 付	支 給 額
	円	円	円	
	入院時食事療養標準負担額	市 民 税 非 課 税	(入院91日目から)	
	円× 食＝ 円	円× 食＝ 円	円× 食＝ 円	円