様式第４号（第６条関係）

申請者が記入する欄

こ　こども医療費支給申請書

年　　月　　日

（宛先）狭山市長　　申請者　住所

氏名

電話　　（　　）

下記のとおり医療費の支給を申請します。

対象児	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
	フリガナ			記号・番号
	氏名			保険者名称
	生年月日	年　月　日		
診療年月		年　月分		保険者番号

※受診した翌月以降から申請いただきますようお願いいたします。

医療機関が記入する欄

入院（　　日）	外来（　　日）

証明書

※医療機関発行の領収書は裏面へ添付してください。

保険診療一部負担金

￥

ただし、　　年　　月分（他法本人負担金　　円を含む。）とし、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（総医療費）	点（円）	他法負担分点数	点

食事療養標準負担額	円

医療機関等所在地

対象児氏名	様

名称

年　　月　　日　　氏名　　㊞

医療機関コード《必ず記入してください》	

注）１　点数で記入できない場合は、保険診療総点数の欄に１０割分の金額で記入してください。
　　２　この領収書は、健康保険の対象となる費用のみ記入してください。
　　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。

処理欄	保険診療一部負担金　a	高額療養費　b	付加給付　c	支給額　a－（b＋c）
				円

県外区分	診療区分	公費区分	確認区分	保険区分	食事療養標準負担額
					円　×　　食　＝　　円