

(* 提出期限は診療を受けた月の翌月から1年以内です。)

子ども医療費支給申請書

下記の一部負担金を支払いしましたので一部負担額に係る医療費を支給されたく申請します。

対象となる 子ども	受給資格者証番号	
	住所	宇多津町
	氏名	
	生年月日	平成 年 月 日 令和
被保険者	氏名	

宇多津町長 殿

令和 年 月 日

申請者氏名

印

(医療機関等記入欄)

診療報酬等による一部負担額

(年 月分)

保険の種類(日、協、組、船、共、国)

(一般、退職)

区分		入院	入院外
診療報酬点数		点	点
区	他方負担額	点	点
	保険者負担点数 (高額医療分を除く)	点	点
	一部負担額(本人負担額)(注1)	円	円
分	入院開始年月日(注2)	令和 年 月 日・継続	
	本月の入院継続日数 及び通院日数	日	日

証明年月日 令和 年 月 日

医療機関コード

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

医療機関等の所在地

及び名称開設者氏名

電話番号

印

注1 一部負担額欄には、食事療養費及び生活療養費の標準負担額は含まれません。

注2 入院開始年月日欄には、入院開始月については入院年月日を記入し、前月から引き続き入院している場合には、継続に○印をつけてください。

町事務処理欄

区分	本人負担額	高額医療費	附加給付額	対象一部負担金額	控除額	支給決定額
入院						
入院外						
計						