

# 子ども医療費支給申請書

年 月 日

宇多津町長 殿

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	年		月		日生	
申請者 (受給資格者)	氏 名						

下記のとおり一部負担金を支払いましたので、医療費の支給を申請します。

(医療機関等記入欄)

診療報酬等による一部負担額																								
( 年 月 分 )	1 医科	3 調剤	負担割合																					
	2 歯科	4 柔・整	2割 3割																					
	入 院		入 院 外																					
診療報酬等点数 (A)			点																					
区 分	他法等による公費負担点数 (B)		点																					
	保険者負担点数 (高額医療分を除く)		点																					
	一部負担額 (本人負担額) (注1)		円																					
	入院開始年月日 (注2)		年 月 日・継続																					
	本月の入院継続日数 又は通院日数		日																					
<p>(備考) 旧総合病院で入院外の診療報酬明細書を診療科ごとに作成している場合には、診療科ごとの(A)～(E)の内訳を記入してください。</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">科 診療報酬点数</td> <td style="width: 15%;">点</td> <td style="width: 15%;">うち(B)に係る点数</td> <td style="width: 15%;">点</td> <td style="width: 15%;">本人負担額(D)</td> <td style="width: 10%;">円 (E)</td> <td style="width: 10%;">円</td> </tr> <tr> <td>科 診療報酬点数</td> <td>点</td> <td>うち(B)に係る点数</td> <td>点</td> <td>本人負担額(D)</td> <td>円 (E)</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>科 診療報酬点数</td> <td>点</td> <td>うち(B)に係る点数</td> <td>点</td> <td>本人負担額(D)</td> <td>円 (E)</td> <td>円</td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">証明年月日 年 月 日</p>				科 診療報酬点数	点	うち(B)に係る点数	点	本人負担額(D)	円 (E)	円	科 診療報酬点数	点	うち(B)に係る点数	点	本人負担額(D)	円 (E)	円	科 診療報酬点数	点	うち(B)に係る点数	点	本人負担額(D)	円 (E)	円
科 診療報酬点数	点	うち(B)に係る点数	点	本人負担額(D)	円 (E)	円																		
科 診療報酬点数	点	うち(B)に係る点数	点	本人負担額(D)	円 (E)	円																		
科 診療報酬点数	点	うち(B)に係る点数	点	本人負担額(D)	円 (E)	円																		
<p>医療機関コード</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">医療機関等の所在地</p> <p style="text-align: right;">名称及び開設者名 <span style="float: right;">(印)</span></p> <p style="text-align: right;">電話番号</p>																								

注1 一部負担金額欄には、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(A)	高額医療費(B)	附加給付額(C)	控除額(D)	支給決定額(E) E = A - B - C - D
入院					
入院外					
計					