



記入例

1 証明書	2 レシート	1 医科入院	2 医科外来	3 歯科	
4 調剤	5 療養費	6 歯科入院	7 食事	8 訪問看護	
9 高額	10 その他	23 養育医療	入院日数	日	受付印
点数	保険診療一部負担金	高額療養費	附加給付金	入院時食事療養標準負担額	支給金額
	円	円	円	円	円

申請者記入欄	子ども医療費支給申請書							
	令和元年 6月 1日							
	子ども医療費受給資格証に記載してある7桁の番号をご記入ください。		申請者(受給資格者)	住所	行田市本丸2-5			
			氏名	行田 太郎				
			電話番号	556-1111				
			個人番号	1234 5678 9012				
	下記のとおり令和元年 5月分の医療費を申請します。							
	対象となる子ども	受給資格証番号	〇〇〇〇〇〇〇〇		記号	123	番号	4567
		フリガナ	ギョウダ ハナコ		保険者番号	06000000		
		氏名	行田 花子		被保険者・世帯主等の氏名	行田 太郎		
個人番号		9876 5432 1098		名称	☐ 全国健康保険協会 ☒ 健康保険組合			
生年月日		H20年 1月 1日			☐ 国保 ☐ 国保組合 ☐ 共済組合			
他の給付の有無(○をつけてください)	各健康保険組合等の高額療養費・附加給付による給付	有・無	日本スポーツ振興センターの給付	有・無				
	交通事故等第三者行為による給付	有・無	他の医療制度による給付	有・無				

医療機関等記入欄	領収書		日	2 外来	日	
	¥		※保険診療			
	ただし、____年____月分保険診療一部負担金 —入院時の食事療養に係る標準負担額は含まない—					
	保険診療総点数	点	点			
	入院時食事療養標準負担額		県コード			
	¥ (算定食数 食)		医療機関コード			
	年 月 日					
	医療機関所在地(住所)					
	受給資格者 様		名称		氏名	
					印	

※申請者の方へ

- ・申請者記入欄にもれなく記入してください。
- ・申請書は、医療機関等、診療月、入院、外来ごとに、それぞれ別に作成してください。
- ・この用紙は、診療月の翌月以降に提出してください。
- ・支払は既に申し出てある口座に振り込みます。変更のある場合は、速やかに届け出てください。

※医療機関等の方へ

- ・レセプトごとにそれぞれ別の用紙を使用してください。
- ・点数で記入できない場合は、保険診療総点数の欄に10割分の金額を記入してください。(この場合、必ず円と記入)
- ・他法とは、他の公費負担制度の医療費支給がある場合をいいます。