



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
点	円	円	円	円	円

申請者記入欄	子ども医療費支給申請書				
	年 月 日				
	(宛先) 行田市長				
	申請者 住所 (受給資格者) 氏名 電話番号 個人番号				
	下記のとおり _____年 _____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		使用した医療保険	記号	番号
	フリガナ			保険者番号	
	氏名			被保険者・世帯主等の氏名	
	個人番号			名称	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 共済組合
	生年月日	年 月 日			
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災害共済給付	有・無	
	交通事故等第三者行為による給付	有・無	他の医療助成制度による給付	有・無	

医療機関等記入欄	領 収 書				
	1 入院 日 2 外来 日				
	¥ _____ ※保険診療対象外の費用は含まない				
	ただし、_____年 _____月分保険診療一部負担金 (他法本人負担金 _____ 円含む) —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	他法負担分点数	_____ 点	
入院時食事療養標準負担額	_____ (算定食数 _____ 食)	県コード	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 _____ 氏名 _____ 氏名 _____					

※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、それぞれ別々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。