

様式第4号（第6条関係）

処理欄	診療一部負担金	高額医療費	付加給付	支給額合計
	円	円	円	円

## 子ども医療費支給申請書

年 月 日

(あて先)幸手市長

住所  
氏名  
電話 ( )

下記のとおり医療費を申請します。

子ども	受給資格証番号		加入医療保険	世帯主・被保険者・ 組合員・加入者の氏名	
	ふりがな 氏名			市町村民税の状況	課税・非課税
	生年月日			記号・番号	
				名称	
				電話	( )

注) 上部申請欄は、申請者が記入してください。

入院日	外来
-----	----

## 領 収 書

¥ \_\_\_\_\_

ただし 年 月分 保険診療一部負担金（他法本人負担額 \_\_\_\_\_ 円を含む）  
— 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 _____ 点	他法負担分点数 _____ 点
-----------------	-----------------

入院時食事療養標準負担額  
¥ \_\_\_\_\_ (算定日数 \_\_\_\_\_ 日)

年 月 日 様

所在地(住所)  
医療機関等 名称  
氏名 印

- 注) 1 上部領収書欄は医療機関等で記入してください。  
2 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。