

こども

様式第4号(第5条関係)

八 潮 市

八潮市こども医療費支給申請書

(宛先)
八潮市長

令和 年 月 日

住 所 八潮市

(受給資格者) 氏 名

TEL ()

対 象 と な る こ ど も

加 入 医 療 保 険

受給者 番号		記 号		番 号	
フリガナ 氏 名		保険者番号			
生年月日	平成 年 月 日	名 称	国保(組合) 社保事務所 支部(協会けんぽ) 健保組合 共済組合 その他		
診療月	平成 年 月分 令和		未・就		

※以下に該当する医療費は、受け付けられない場合があります。詳しくは、市ホームページ等をご覧いただくか、市へお問合せください。

<確認事項>

1. 学校行事や部活動などでの怪我または交通事故による医療費ですか。 はい・いいえ
 2. 入院等で21,000円以上の医療費を自己負担されましたか。 はい・いいえ
- ⇒「はい」とお答えの方
- ①ご家族で同月に医療費が21,000円以上かかった方はいますか。 はい・いいえ
 - ②限度額適用認定証の交付を受けましたか。 はい・いいえ

注意) 上部申請書欄は、受給資格者が記入してください。

(科)	領 収 書	入院	日	外 来
¥	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	¥	(算定食数 食)	処方元医療機関名(薬局記入欄)	
年 月 日	様	医療機関等所在地	名 称	氏 名
				印

- 注意) 1 上部領収書欄は、医療機関で記入してください。
2 他法負担分点数欄は、結核予防法等公費負担で支払われる額を点数で記入してください。

診療一部負担金	受給者自己負担金	高額療養費	附加給付
	円	円	円
入院時食事療養標準負担額	市町村民税非課税	(入院4ヶ月以降)	支給額合計
円× 食	円× 食	円× 食	円
=	=	=	

県外	診療	公費	確認	結核	食事	医療機関区分	保険	課税