

子ども医療費一部負担金申請書兼請求書(領収書添付用)

※申請時には必ず印鑑と受給者証を持参してください。月の末日から起算して1年以内に申請してください。

診療月	年 月分	受給者番号			
子ども氏名		生年月日		年 月 日	
加入保険	保険の種類	1 菊陽町国民健康保険 2 社会保険 3 各国民健康保険組合			
	保険者番号	保険者名	全国健康保険協会 支部 健康保険組合 共済組合		
診療期間	医療機関名		診療日数	総点数	一部負担金
日～日			日	点	円
	1 医科(入院・外来) 2 歯科 3 調剤				
日～日			日	点	円
	1 医科(入院・外来) 2 歯科 3 調剤				
日～日			日	点	円
	1 医科(入院・外来) 2 歯科 3 調剤				
日～日			日	点	円
	1 医科(入院・外来) 2 歯科 3 調剤				
日～日			日	点	円
	1 医科(入院・外来) 2 歯科 3 調剤				
学校や部活中のけですか(はい・いいえ)					
菊陽町長様 上記のとおり申請・請求します。					
年 月 日					
住 所 菊陽町					
受給者 氏名 (保護者) 印					
電話番号					
—					

町 記 入 欄	一部負担金額	高額療養費 附加給付額	自己負担額	その他控除額	支給決定額
	入院	円	円	円	円
	入院外	円	円	円	円
	調剤	円	円	円	円
	計				円