

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 健康保険組合 共済組合 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
日 ～ 日					日	点	円
日 ～ 日					日	点	円
日 ～ 日					日	点	円
日 ～ 日					日	点	円
日 ～ 日					日	点	円
日 ～ 日					日	点	円
学校や部活中のけがですか（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 ⑩ (保護者)							
電話番号 ー							

町 記 入 欄		一 部 負 担 金 額	高 附 加 額 療 給 養 付 費 額	自 己 負 担 額	そ の 他 控 除 額	支 給 決 定 額
	入 院	円	円	円	円	円
	入 院 外	円	円	円	円	円
	調 剤	円	円	円	円	円
	計					円