

子ども医療費一部負担金申請書兼請求書

記入例

領収書を紛失された等の場合は、

診療を受けた場合、その一部負担金額を町が助成するも
必ず御記入くださるようお願いいたします。

◇保護者の方は、太枠の中を御記入ください。

※申請時には必ず印鑑と受給者証を持参してください。
※診療を受けた日の属する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	受給者証に記載してある番号を 記入してください
子ども氏名	菊陽 太郎		生年月日	平成 ○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	年 月 日 ~ 日 (日間)			
診療区分	1 入院 2 入院外 3 歯科 4 調剤			
総点数(総医療費)	点 (円)	他の法律からの負担額	円	
保険者負担額	円	高額療養費(記入不要)	円	
一部負担金額	円	附加給付金(記入不要)	円	

上記のとおり証明します。
年 月 日

**この部分に医療機関から証明を
もらい、請求してください！**

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 **大字津久礼○○○番地○○**

受給者(保護者) 氏名 **菊陽 一郎** 

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	円	
調剤	円	円	円	円	円	
計						円