別記様式第３号（第６条関係）

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。
※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	
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	１ 医科（入院・外来）　２ 歯科　３ 調剤	日	点	円
日～　日	１ 医科（入院・外来）　２ 歯科　３ 調剤	日	点	円
日～　日	１ 医科（入院・外来）　２ 歯科　３ 調剤	日	点	円
日～　日	１ 医科（入院・外来）　２ 歯科　３ 調剤	日	点	円
日～　日	１ 医科（入院・外来）　２ 歯科　３ 調剤	日	点	円
日～　日	１ 医科（入院・外来）　２ 歯科　３ 調剤	日	点	円

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（保護者）　氏　名　　㊞

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	円
	入院外	円	円	円	円	円
	調剤	円	円	円	円	円
	計					円