

領収書が有る場合は、こちらの請求書をご利用ください。

記入例

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	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	○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
1日～1日	○○小児科医院		1	252
	1 医科 (入院・外来) 2 歯科 3 調剤		日	点
1日～1日	△△調剤薬局		1	150
	1 医科 (入院・外来) 2 歯科 3 調剤		日	点
4日～16日	××歯科医院		3	1100
	1 医科 (入院・外来) 2 歯科 3 調剤		日	点
20日～25日	○△総合病院		6	12,000
	1 医科 (入院・外来) 2 歯科 3 調剤		日	点
日～日				
日～日				
一部負担金については、保険内分のみ記入してください。(保険外等分については、除いてください。) 一部負担金20,000円を超えた場合は、加入している保険者へ高額療養費、及び家族療養費(付加給付)の請求が必要な場合があります。				
菊陽町長様 上記のとおり申請・請求します。 年 月 日 住所 菊陽町津久礼○○○番地○○ 受給者氏名 菊陽 一郎 電話番号 ○○○ - △△△△				

日中つながりやすいお電話番号をお書きください

町記入欄	一部負担金額	高額療養費 高附加給付額	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