様式第４号(第６条関係)

子ども医療費助成申請書(請求書)

金額　　円

次のとおり領収書を添えて申請(請求)します。

令和　　年　　月　　日

美浜町長　　様

受給者　住　所

(保護者) 氏　名　　㊞

受診者	受給者番号		加入医療保険	世帯主・被保険者・加入者又は組合員の氏名	
	氏　　名			記　号　・　番　号	
	生年月日	年　月　日生		名　　称	

領　　収　　書

¥　　円

ただし、　　年　　月分診療一部負担金

受診者氏名		入院・外来の別	入　・　外
医療分一部負担金	保険総点数　点 × 3割 2割 1割 ＝　円	診療実日数	日
食事療養費一部負担金	1回当たり　円×　日＝　円	保険の種類	1一般国保　2退職国保 3協会健保　4共済 5組合健保　6その他

年　　月　　日

医療機関　住　所
名　称
氏　名　　㊞

(受給者)　　様

(注)　1　上部申請書欄は、受給者(受給者であった者を含む。)が記入してください。

2　申請は、医療を受けた日の属する月の翌月の初日から起算して6か月を経過するまでに行ってください

3　下部領収書欄は、医療機関で記入してください。

4　領収書は、レセプトごとに別葉にしてください。また、領収金額は、保険給付の対象になる部分の一部負担金を記載してください。