

※ 日本スポーツ振興センターの「災害共済給付制度」を利用している場合、「子ども医療費」の支給対象にはなりません。

様式第4号（第6条関係）

子ども医療費支給申請書				年	月	日
(あて先) 北本市長						
住所						
申請者 氏名						
(保護者) 電話 ( )						
次のとおり子ども医療費を申請します。						
対象となる子ども	受給資格証 記号番号		加入医療保険	世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名		
	フリガナ			市民税の状況	課税 ・ 非課税	
	氏名			記号番号		
	生年月日	年 月 日		名称	電話 ( )	
	診療年月	年 月分		保険者番号		

(注) 上部申請書は、申請者が記入してください。

入院		日	外 来																				
領 収 書																							
¥ _____																							
ただし、年 月分保険診療一部負担金（他法本人負担金分 円含む。） - 入院時食事療養標準負担額は含まない。 -																							
保険診療総点数	点	他法負担点数	点																				
¥ _____ (算定食数 食)																							
ただし、入院時食事療養標準負担額																							
年 月 日																							
様 医療機関等所在地（住所）																							
名 称																							
氏 名 <span style="float: right;">⑧</span>																							
医療機関コード <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 150px; height: 20px; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																							

(注) 1 上部領収書欄は、医療機関等で記入してください。  
2 他法負担点数は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。

処理欄	課税状況		県内外区分		診療区分		入外区分		支 給 額 計
	保険診療一部負担金	高額療養費	付 加 給 付						
	円	円	円	円	円				円