

医療費の給付は、診療月の翌月1日から5年を経過しますと時効となり支給できなくなります。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、こども医療費の支給対象とはなりません。

領収書を添付するときは、裏面にのりづけしてください。

様式第5号（第7条関係）

No. _____

こどもの医療費支給申請書

平成 年 月 日

受 付 印

（あて先）鴻巣市長

住所 _____

申請者 氏名 _____

電話 _____ (_____) _____

下記のとおり医療費の支給を申請します。

対象のこども	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	
	フリカ`ナ			記 号 番 号	
	氏 名			名 称	
	生年月日	平成 年 月 日生		保 険 者 番 号	
	診 療 月	平成 年 月 分			

- (注) 1 上記申請書欄は、申請者が記入してください。
2 この用紙は1か月単位です。受診した医療機関ごとに1枚お使いください。

領 収 書

入院 日 外来 日

¥ _____

ただし、 年 月分保険診療一部負担金（他法本人負担額 _____ 円を含む。）
- 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	他法負担分点数	
---------	---	---------	--

¥ _____

ただし、入院時食事療養標準額負担額 _____ (算定食数 _____ 食) アイウ _____ 円× _____ 食 _____ 円× _____ 食 _____ 円× _____ 食 _____

平成 年 月 日

所在地 _____
医療機関 名称 _____
様 氏 名 _____

印

- (注) 1 上記領収書欄は、保険医療機関等で記入してください。
2 他法負担分点数欄は、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	区分	入院外来区分	支給総計
	保険診療一部負担金	高額療養費		附加給付	
	円	円		円	
	入院時食事療養負担額	住民税非課税		入院90日を超える食数	
	円× 食= 円	円× 食= 円		円× 食= 円	