

※医療費の給付は、領収日の翌日から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

令和 年 月 日

受付印

(宛先) 鴻巣市長

住 所

申請者 氏 名

電話番号 ()

次のとおり医療費の支給を申請します。

対象のこども	受給者番号		加 入 保 険	被保険者・組合員・ 加入者・世帯主の氏名		
	フリカゝナ			記 号	番 号	
	氏 名			保 険 者 名 称 (保険組合等の名称)		
	生年月日	平・令 年 月 日生		保 険 者 番 号		
	診療月	平・令 年 月分		要件 区分		

(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。

		入院	日	外来	日
領 収 書					
¥					
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	点		
¥ (算定食数 食) ア 円× 食 ただし、入院時食事療養標準額負担額 アイ 円× 食 ウ 円× 食					
年 月 日 医療機関 所在地 (受診者) 様 名 称 電話番号					
㊞					

(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	円	
	入院時食事療養負担額	住民税非課税	入院90日を越える食数		
円× 食= 円	円× 食= 円	円× 食= 円			