

# 子育て支援医療費給付申請書

平成 年 月 日

住田町長 様

申請者（受給者等）

住 所 住田町

氏 名

印

年 月分の医療費一部負担金の給付を申請します。

受 給 者 名	生年月日	保 険 種 別
男・女	年 月 日	国保・社保・共済・健保組合
小・中学校 学年区分	※負担区分（記入不要）	保 険 者 名
小 _____ 学年・ 中 _____ 学年	非課税・課税・制限	
給付金の申請額	円	
給付金の振込先	金融機関名	支店名
	口座番号	口座名義(カタカナ)
	普	( )
診療実日数	日	総点数
		点
公費負担医療点数		点
医療機関等記入欄	一部負担金受領額 (公費負担医療自己負担分を含む) (A)	食事療養標準負担額 (B)
	円	日 円
		生活療養標準負担額 (C)
		日 円
	標準負担額を除く一部負担受領額 (A) - (B) - (C)	
	円	
上記の一部負担金を受領したことを証明する。		
保険医療機関番号		
保険医療機関名		
管 理 者 名		
印		
一部負担金 A	高額療養費額 B	給付決定額 A-B
円	円	円

- 注) ア 申請者は、太線の枠内に必要事項を記入してください。  
 イ 医療機関等の証明に代えて、裏面に領収書を貼付することもできます。  
 ウ 医療機関等記入欄の診療実日数は、薬局にあっては、処方箋枚数を記入してください。  
 エ 二重線の枠内は、記入しないで下さい。