

様式第5号 (第7条関係)

処理欄	保険診療一部負担金	高額療養費	付加給付額	支給額
	円	円	円	(合計)
	入院時食事療養標準額	市町村民税非課税	(入院4ヶ月以降)	円
	円 × 食 = 円	円 × 食 = 円	円 × 日 = 円	

申請者記入欄	子ども医療費交付申請書			
	和光市長様			年 月 日
	申請者 (保護者)		住所 和光市	
			氏名	
			電話 ()	
対象子ども	受給資格証番号			
	氏名			世帯主・被保険者 組合員・加入者の氏名
	生年月日	年 月 日	加入保険 記号・番号	
	診療年月	年 月分	保 険 者 名 (健保組合等)	

医療機関等記入欄	領 収 証			
	区分	外来・調剤・入院 (日)	受診者名	
	入院時食事療養標準負担額 円 (食)	診療月	年 月分	
		保険診療総点数	点	
	他法負担点数 点	保険診療一部負担金	円	
	※ 入院時の食事療養に係る標準負担額は含まない。			
上記のとおり領収しました。				
年 月 日				
医療機関等所在地 住所				
名称				
氏名				
印				

- (注) 1 上部申請書には、申請者が記入してください。
 2 下部証明書欄には、医療機関等で証明を受けるか、領収証を添付してください。
 3 領収証を添付する際、お子さんの名前、診療月(診療日)・医療保険対象総点数・受領金額(自己負担額)・発行日・医療機関の受領印を確認して提出してください。
 4 領収証は、各医療機関ごと、調剤薬局ごとに1ヶ月分を1枚の用紙に添付してください。
 5 他法負担点数欄は、結核予防法等公費負担で支払われる額を点数で記入してください。
 6 申請書の提出は、診療月の翌月以降に持参してください。