

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

年 月 日

和 光 市 長 様

申請者
(保護者)

住所 和光市

氏名

電話 ()

受給資格証番号

氏 名

生 年 月 日

診 療 年 月

平成令和 年 月 日

平成令和 年 月 分

加入保険

世帯主・被保険者
組合員・加入者の氏名

記 号 ・ 番 号

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)

他法負担点数

点

診療月

平成・令和 年 月 分

保険診療総点数

点

保険診療一部負担金

※ 入院時の食事療養に係る標準負担額は含まない。

円

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。