一箇月ご	(提出先)	川越市こども医療費支給申請書	·							
ごとに、医療機関別	川越市長	申 請 者 氏 名 (電話	,							
に、入院・入院外別記	対 象 受給者番号 と フリガナ る 氏 名	07 加保険者 予医療保険 名称	X							
に申請して	ども生年月日	世帯主・被保険者・ 年 月 日 組合員・加入者の氏 名								
ください。	支給申請について 他の助成の有無 ○を付けてください)	交通事故等第三者行為による給付 有 ・ 無 他の医療助成制度による給付								
	有・無   有・無     (注)上部申請書欄は、申請者が記入してください。   ※欄は、記入しないでください。									
医療	保険診療一部負担金									
機関	年	年月 入院 入院外 診療実日数 ▼   : 1 2 日 1	医療機関コード							
記入	保険診総点	接数 他法分点 48	数 点 55							
欄		年 月 日 医療機関等 名 様	在 称 名							
<u>*</u>		数欄には、公費分点数(結核予防法等によるもの)がある場合人できない場合は、金額で記入してください。(この場合は、必 。 高額療養費 附加給付額								

	<b>*</b>	1.5 [//1.7]	- [	1.312/03/2020	 > 5/11/12/1		
	決定	x — =	-	+		円	