

一箇月ごとに医療機関別に、かつ、入院・入院外別に申請してください。	川越市子ども医療費支給申請書												
	(提出先) 川越市長								年 月 日				
	申請者		住所		氏名		(電話番号 -)						
	07		14		22								
記入欄	対象となる子ども	受給者番号					加入医療保険	保険者番号(右づめ)			※	1	証明
		フリガナ					名称				2	領収明細書	
		氏名								23	3	養育医療費	
		生年月日	年 月 日	世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名					4	4	自立支援医療		
									5	5	他法負担		
									7	7	療育医療費		
									8	8	その他		
支給申請額について他の助成の有無(○を付けてください。)		各健康保険組合等の高額療養費・附加給付による給付 有・無				交通事故等第三者行為による給付 有・無							
		日本スポーツ振興センターの災害共済給付 有・無				他の医療助成制度による給付 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。

医療機関関係記入欄	領 収 書									
	保険診療一部負担金 ¥ (入院時食事療養標準負担額を除く。)									
	24		診療年月	入院	入院外	診療実日数	医療機関コード			
	年	月	1	2	日					
31	保険診療総点数				点	他法分点数				点
48						55				
年 月 日		保険医療機関		所在地		名称		氏名		印
		様								
注										
1 他法分点数欄には、公費分点数がある場合に再掲でその点数を記入してください。										
2 点数で記入できない場合は、金額で記入してください。(この場合は、必ず円と記入してください。)										

※決定欄	総医療費	高額療養費	附加給付額	支給額	No.
	$\frac{\quad}{10} =$	$\left[\quad \right]$	$+ \left[\quad \right]$	$=$	円

※欄は、記入しないでください。(子ども未来部 子ども政策課)