

## 子ども医療費支給申請書

さぬき市長 殿

|       |       |         |
|-------|-------|---------|
| 受給対象児 | 受給者番号 |         |
|       | 住所    |         |
|       | 氏名    |         |
|       | 生年月日  | 年 月 日 生 |
|       | 電話番号  |         |
| 被保険者  | 氏名    |         |

年 月 日

下記の一部負担金を支払いましたので、一部負担額に係る子ども医療費を支給されたく申請します。

申請者氏名



\* (医療機関等記入欄)

### 診療報酬等による一部負担額

何月分の診療か、保険の種類を必ず記入してください。

( 年 月分) 保険の種類 [ 社保・国保 ]

| 区分                     |                       | 入院       | 入院外 | 訪問看護療養費基本利用料支払額        |   |
|------------------------|-----------------------|----------|-----|------------------------|---|
| 診療報酬点数                 |                       | 点        | 点   | 訪問看護療養費総額              | 円 |
| 区分                     | 他法負担点数                | 点        | 点   | 基本利用料                  | 円 |
|                        | 保険者負担点数<br>(高額医療分を除く) | 点        | 点   | 他法等支給額                 | 円 |
|                        | 本人負担額(注1)             | 円        | 円   | 本人負担額<br>(その他利用料は含まない) | 円 |
| 分                      | 入院開始年月日(注2)           | 年 月 日 継続 |     | 訪問回数                   | 回 |
| 本月の入院継続日数<br>又は入院外診療日数 |                       | 日        |     |                        |   |

証明年月日 年 月 日

医療機関コード番号 \_\_\_\_\_  
(お手数ですが、記入をお願いします。)

医療機関又は訪問看護事業所  
の所在地及び名称開設者氏名



注1 医療に係る本人(一部)負担額を記入してください。

注2 入院開始年月日欄には、入院開始月については入院年月日を記入し、前月から引き続き入院している場合には、継続に○印をつけてください。

| 診療報酬 | 本人負担額 | 高額医療保険負担額 | 附加給付額 | 支給決定額D    | 訪問看護療養費 | 本人負担額 | 附加給付額 | 支給決定額G |
|------|-------|-----------|-------|-----------|---------|-------|-------|--------|
|      | A     | B         | C     | D=A-(B+C) |         | E     | F     | G=E-F  |
|      | 円     | 円         | 円     | 円         |         | 円     | 円     | 円      |