

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	基本利用料	円
	保険者負担点数 (高額医療分を除く)	点	他法等支給額	円
	本人負担額(注1)	円	本人負担額 (その他利用料は含まない)	円
	入院開始年月日(注2)	年 月 日 継続		訪問回数
本月の入院継続日数 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 A	高額医療保険負担額 B	附加給付額 C	支給決定額 D D=A-(B+C)	訪問看護療養費	本人負担額 E	附加給付額 F	支給決定額 G G=E-F
	円	円	円	円		円	円	円