様式第４号（第６条関係）

受　付　印

※処理欄				
	保険診療一部負担金等の額	高額療養費	附加給付額	
	円	円	円	
	入院時食事療養標準負担額	市町村民税非課税	（入院4か月以降）	支給額合計
	円×　　食＝　　円	円×　　食＝　　円	円×　　食＝　　円	
	市町村民税の状況	入院日数		
	課　税　・　非　課　税	日		円

子ども医療費支給申請書

（宛先）　　年　　月　　日

羽生市長

住　所

氏　名

電　話　　―　　―

下記のとおり医療費を申請します。

申請者記入欄						
子ども	受給資格証番号		加入医療保険	被保険者氏名（世帯主・組合員・加入者）	
	フリガナ			記号・番号	―
	氏名			名称	国保・国保組合・全国健保協会・健保組合・共済組合
	生年月日	年　月　日		保険者番号	

※　領収書を添付する際はこの位置にのりづけしてください。

注）　・上部申請書欄は、申請者が記入してください。
（１か月単位で受診した医療機関ごとに、入院、通院別に１枚ずつお使いください。）

医療機関記入欄	入院　　日	外来　　日

領　収　書

¥ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　※保険診療対象外の費用は含まない

ただし、＿＿＿＿年＿＿＿＿月分保険診療一部負担金（他法本人負担金　　円含む）

保険診療総点数	点	他法負担分点数	点

―　入院時食事療養標準負担額は含まない　―

入院時食事療養標準負担額

¥ ＿＿＿＿＿＿＿＿　（算定食数＿＿食）

年　　月　　日

受給者　　様　　医療機関等所在地

名　称

氏　名　　㊞

注）　・上部領収書欄は、医療機関等で記入してください。