様式第4号(第6条関係)

子ども医療費支給申請書

㊖

年　　月　　日

三豊市長　様

受給資格者	受給者番号	
	住　　所	
	氏　　名	㊞
対象の子ども	氏　　名	

次のとおり一部負担金を支払いましたので、一部負担金に係る医療費の支給を申請します。

(医療機関等記入欄)

診療報酬等による一部負担金額の証明

年　　月分	1　医科　2　歯科　3　調剤	1　社保　2　国保

区分		入　　院	入　院　外
診療報酬等点数		点	点
区分	他法負担額	円	円
	保険者負担点数(高額医療分を除く)	円	円
	一部負担額(本人負担額)(注1)	円	円
	入院開始年月日(注2)	年　月　日・継続	
	本月の入院継続日数及び通院日数	日	日

証明年月日　　年　　月　　日

医療機関コード

医療機関等の所在地
及び名称開設者氏名　　㊞

注1　一部負担額欄には、食事療養費及び生活療養費の標準負担額は含まれません。
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○印をつけて下さい。

市事務処理欄

本人負担額　A	高額医療 保険者負担額　B	附加給付額　C	支給決定額　D D＝A－B－C

受付年月日	年　　月　　日
決裁年月日	年　　月　　日
支給年月日	年　　月　　日

決裁						