

子ども（乳幼児・児童生徒）医療費支給申請書

観音寺市長 宛て

年 月 日

受給資格者 (保護者)	受給者番号								
	住 所	観音寺市 町							番地
	氏 名	丁目 番 号							
対象となる子ども	氏 名								
	生 年 月 日	年		月		日			

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額											
年 月分	1 医科		2 歯科		3 調剤		4 その他				
	協・共・組・国組・国										
区 分				入 院				入 院 外			
診療報酬点数											
区 分	他法負担額										
	保険者負担点数(高額医療分を除く。)										
	一部負担額(本人負担額)(注1)										
	入院開始年月日(注2)			年 月 日・継続							
	本月の入院継続日数または通院日数			日				日			
限度額適用認定証 (適用区分)ア・イ・ウ・エ・オ			医療機関コード								
証明年月日 年 月 日											
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○をつけてください。

(適用区分) 「ア・イ・ウ・エ・オ」に○をつけてください。

※市事務処理欄

本人負担額(A)	高額医療 保険者負担額(B)	支給決定額(C) C=A-B	備 考
受付年月日	年 月 日		
支給年月日	年 月 日		

※欄は市において記入します。