

子ども（乳幼児・児童生徒）医療費支給申請書
 （柔道整復・あん摩・マッサージ・はり・きゅう等用）

観音寺市長 宛て

年 月 日

受給資格者 (保護者等)	受給者番号						
	住 所	観音寺市		町	番地		
		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。

(施術者記入欄)

療養費に係る一部負担金額の証明		
年 月分	保険の種類	協・共・組・国組・国
医療費の総額		円
一部負担額（本人負担額）		円
他法等支給額		円
本人負担額（その他利用料は含まない。）		円
施術日数		回
		医療機関コード
証明年月日	年 月 日	
施術者の資格 住所及び氏名		㊟

※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。