

様式第4号(第6条関係)

(その1)

子ども医療費支給請求書

小豆島町長 殿

年 月 日

受給資格者	受給者番号							
	住所							
	氏名							
対象となる子ども	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額											
年 月分		1 医科 2 歯科 3 調剤 4 その他				1 社保 2 国保					
区分			入院				入院外				
診療報酬点数											点
区	他法負担額										円
	保険者負担点数(高額医療分を除く)										円
	一部負担額(本人負担額)(注1)										円
分	入院開始年月日(注2)		年 月 日・継続								
	本月の入院継続日数又は通院月数		日				日				
証明年月日 年 月 日											
医療機関等の所在地 名称及び開設者氏名											印
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○印をつけてください。											
市町事務処理欄											
本人負担額(A)		高額療養費(B)		付加給付額(C)		支給決定額 D=A-B-C					
受付年月日		年月日		決裁							
決裁年月日		年月日									
支給年月日		年月日									