第４号様式（第６条関係）

こども医療費支給申請書

こども

令和　　年　　月　　日

草加市長　　あて

受給者

住所　草加市

氏名　　印

電話　（　　）

（氏名を署名した場合は、押印を省略することができます。）

次のとおりこども医療費の支給を申請します。
また、当該申請の審査の際、健康保険組合に対し高額療養費及び附加給付金の情報を照会することについて同意します。

対象となるこども		加入医療保険	
受給者番号		記号・番号	●
フリガナ		保険者番号	
氏名		保険者名称（組合名称等）	□健康保険組合 □全国健康保険協会 □国民健康保険 □国民健康保険組合 □共済組合
生年月日	平成・令和　　年　　月　　日		

※医療費の領収書を裏面に添付してください。その場合、証明書は不要です。

医療機関等記入欄

外来　　日　入院　　日

証明書

円　（入院時の食事療養に係る標準負担額は含みません。）

年　　月 分保険診療一部負担金(他法本人負担金　　円含みます。)

保険診療総点数	点	他法負担点数	点

年　　月　　日

所在地

医療機関名　名　称　　印

氏　名

電話番号

処理欄	保険診療一部負担金	高額療養費	附加給付金	支給額
	円	円	円	円

1　受給者の方へ
(1)　上部受給者記入欄は、記入漏れのないようにしてください。
(2)　領収書で申請する場合、領収書は、患者名、保険点数の記入があるものにしてください。
2　医療機関等の方へ
(1)　保険診療一部負担金には、健康保険の対象とならない費用は含めないでください。
(2)　他法負担点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。
(3)　点数で記入できない場合は、保険診療総点数の欄に10割分の金額で記入してください。
この場合は、必ず円と記入してください。

課税	所在	種別	登録番号										区分