



熊谷市子ども医療費支給申請書

熊谷市長 宛

請求日付 5 令和 年 月 日

申請者記入欄

申請者 (住所 氏名 (電話 - -))

償還方式 1

受給者番号	加入保険者番号
フリガナ	世帯主・被保険者組合員の氏名
氏名	記号・番号 (枝番)
生年月日 4 平成 5 令和 年 月 日生	名称

私が申請する医療費助成金は、資格登録申請書に登録されている口座に振り込むよう依頼します。

領 収 書

医療機関記入欄

診療年月	入院	外来	診療日数
年 月	1	2	日

県コード	医療機関コード

診療科目
1 内科
2 外科
3 小児科
4 整形外科
5 泌尿器科
6 歯科
7 眼科
8 耳鼻科
9 婦人科
10 その他
()

保険診療総点数	点	円
他法負担分点数	点	
保険診療一部負担金	円	

入院時食事療養標準負担額は含まない

(お願い) 入院の場合は、下記事項も必ず証明してください。

入院時食事療養標準負担額	円	算定食数	食
--------------	---	------	---

令和 年 月 日

所在地 医療機関 (名称 (電話) 氏名)

様

- [注] 1 機械で処理を行いますので、数字項目は必ず右づめで記入をお願いします。
- 2 点数で記入できない場合は、金額で記入してください。(この場合は、必ず円に〇)
- 3 他方負担分点数欄は、結核予防法等公費負担で支払われる額を記入してください。
- 4 総合病院の場合は、必ず診療科目を記入してください。

※継続療養	診療区分	療養区分	証明区分	公費区分	計算区分	処理NO.	住民税の状況
① 未使用	2 医科	1 2 3 4 装具 他	11 12 13 看 護 他	1 ② レシート 証明	10 20 30 40 50 60 70 99 結核 更生 育成 育定 他	1 2 3 4 1 2 3 強 割 割 割 制	
総点数	一部負担金	高額療養費	附加給付金	食事療養標準負担額	支給額		
() × 10 × / 10 = () - () + () =							
支払	令和 年 月 日	通知	令和 年 月 日				

※印欄は、記入しないでください。