

支給 内 訳	保険診療の 合計金額①	控 除 額 内 訳				助成決定額 ①-②
		法定給付額	付加給付額	その他の控除額	計 ②	
	円	円	円	円	円	円

子ども医療費交付申請書（請求書）

高浜町子ども医療費の助成に関する条例に基づき下記のとおり領収書を添えて請求いたします。

年 月 日

高 浜 町 長 殿

住所 高浜町

申請者

氏名

印

(TEL —)

子 ど も	公費負担者番号	8	1	8	0	1	5	加 入 医 療 保 険	記号番号			
	受給者番号								世帯主・被保険者 又は組合員の氏名			
	氏 名 (生年月日)								保険者の名称	高浜町・福井県・京都府 (組合)		

領 収 書（領収証明書）

診療区分	医・歯・他
	外来・入院
診療日数	日
割合	1割・2割・3割

負担金額	円
薬剤負担金	円
食事療養費	日 円

保険診療 総点数	点
-------------	---

※治療金額の場合は点を円とする

ただし、年 月分の保険診療一部負担金

年 月 日

様

医療機関の
所在地及び名称
氏 名

印

(注) 1 上部申請欄は申請者が記入して下さい。

2 添付する領収書は、受診者の氏名、受診日、診療点数および負担金、領収印のあるものを添付してください。
なお、領収書がない場合は、下部領収欄に医療機関で領収の証明を受けて下さい。

3 点数及び金額は、保険診療の対象分のみ記入して下さい。