

子ども医療費助成金請求書

請求者の記入欄	令和 年 月 日		
	嘉島町長 様		
	保護者 住 所 嘉島町大字		
	氏 名 電話番号 — —		
子ども医療費の支給をうけたいので、下記のとおり 月分を請求します。			
子ども氏名		受給者証番号	
生 年 月 日	平成 年 月 日 令和	健 康 保 険 名	1. 国保 2. 協会けんぽ 3.
学校管理下でのけが等による診療分ですか。（ はい ・ いいえ ） はいの場合は、学校名をご記入ください。（ ） ※学校管理下の場合は、二重請求を防ぐために学校へ確認をとらせていただく場合があります。			

診療内容

診療月	令和 年 月分	患者氏名
入 院 ・ 入 院 外 の 別		1. 入院 2. 入院外( )
入院(通院)日数	日	左記のとおり領収しました。 令和 年 月 日 医療機関コード 所在地 名 称 電話番号
診療総点数	点	
院 外 処 方	有 ・ 無	
診療報酬一部負担金受領額 (入院時食事療養費に係る定額負担金を除く) 円		左記のとおり領収しました。 令和 年 月 日 調剤薬局コード 所在地 名 称 電話番号 円
院 外 処 方 有 り の と き		
保険内合計点数	点	

町記入		一部負担金	附加給付額	その他の控除額	支給決定額
	入 院				
	入 院 外				