笛				川恵	支 市	こども	_ 」医	- :	₹費	支	給	申	請	書	_				
月ごとに			(提出先) 川 越 市 長	툿						住	所	JII	越市		年		月		日
医療機	申請					Ė	申 請	清	者 	氏電話	名番号								
(2)	丽 者	とである。 次の領収書に記載の額について、川越市こども医療費支給に関する条例第5条第1項の規定により、 こども医療費の支給を申請します。																	
院 •	有記	対象、	受給者番号					入	保険者番 号									証明	明書
入院外別、	入	となる	フリガナ 氏 名					医療保険	名称				Ξ	共済	保険組 組合 康保険		寮 4	養育医自立支	
③総合病院	欄	こども	生年月日		年 月 日			##十. 她但除老			険者・	東保険協会 支部 ・・ 名			支部	区 7	他法負 療育医 その他	療	
の場		支給	合申請額に関す	各健康保険組合等の高額療養費・附加給付による給付								分 交通事故等の第三者行為による給付							
合は診療な		る他の助成の有無 (各項目について有 無のいずれかに○ を付けてください。)		有・無 日本スポーツ振興センターの災害共済給付 有・無						寸	有・無他の医療助成制度による給付有・無								
科別に申	[]																		
請してく						領		収	Į.		書								
だ								負担額	額を除く。) 										

		領	収	書	
医	保険診療一部負担金 <u>¥</u> 24		(食事療養標	進負担額を除く。)	
嶚	<u>診療年月</u> 入院 年 月 八院	入院外 診療実日	Y	医療機関コー	ř : :
幾	1	2			
関	保 険 診 療 総 点 数		他法	分点数	点
2	<u> </u>			<u> </u>	<u>: : :</u>
,	年 月		保険医療機関	所在地	
闌	注 1 他法分点数欄には、公費分 2 点数で記入できない場合は 3 総合病院の場合は、診療科	金額で記入して	ください。(この場合	合は、必ず円と記入してくた	

のり付けをしないでください 総医療費 高額療養費 附加給付額 支給額 No. ※決定欄 円 10

☆領収書を添付する場合、