

様式第4号(第6条関係)

受付日		保険者の名称				負担区分
支給内容	一部負担金 ①	食事療養費等 ②	高額療養費 ③	附加給付額 ④	自己負担額 ⑤	支給額 ①+②-③-④-⑤

申請者記入欄	子ども医療費助成申請書(請求書)					
	金額	円	保険者の名称			
敦賀市子ども医療費の助成に関する条例に基づき、領収書を添えて請求します。 令和 年 月 日 敦賀市長 あて 受給者番号 住所：敦賀市 保護者氏名 <span style="float:right">Ⓜ</span> (TEL — — )						

医療機関記入欄	領 収 書					
	金額 ①+②+③		円			
患者氏名 _____						
記 入	診療区分		保険診療 一部負担金 ①	円		
	診療月	入院	月 日～ 日	入院時食事療養 費 負 担 金 ②	日 円	
		外来	月 日 月 日		日 円	
保険診療総点数		点/円	訪問看護療養費 負 担 金 ③	日 円		
保険の種類 本人/家族 1 国保 2 退職 3 国保組合 4 協会けんぽ 5 組合 6 共済 7 船員 8 日雇						
上記の金額を領収いたしました。 年 月 日 殿 住 所 医療機関名 <span style="float:right">Ⓜ</span>						

- <医療機関へのお願ひ> 1 点数及び金額は、保険診療の対象分のみ記入してください。  
 2 1箇月分の診療区分ごとにまとめて、領収書欄に記入してください。

