様式第4号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関コード | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 受給者番号 | 区 | 診療年月 | 診療実日数 | 支給決定額A－(B＋C＋D) |
| 　　 | 　　 | 　　 | 　　 | 　 | 　 | 　 | 1　入2　外3　食 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 円 |
| 保険診療金額A | 法定負担額B | 附加給付額C | その他の控除D | 種別 | 本人負担額 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 円 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 円 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 円 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 円 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 円 |

|  |
| --- |
| 子ども医療費助成申請書　令和　　　年　　　月　　　日　鯖江市長　　　　　　殿住所　　　　　　　　　　　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　(保護者)　　氏名　　　　　　　　　　　　 |
| 子ども | 受給者番号 | 　　 | 　　 | 　　 | 　　 | 　 | 　 | 　 | 加入医療保険 | 被保険者氏名 | 　 |
| フリガナ氏名 | 　 | 記号番号 | 　 |
| 　 | 発行機関名 | 　 |
| 保険種別 | 国保・退職・協会・健組・船員・国組・私学共・国公共・地公共・その他 |
| 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日 | 負担区分 | 本人・家族 |
| 附加給付等の有無 | 有・無 |

|  |
| --- |
| 保険医療機関等証明欄(領収書) |
| 診療区分 | 医科 | 歯科 | 調剤 | 柔整・ | その他(　　) |
| 入院 | 入院外 | 入院 | 入院外 |
| 　　　　　　年　　　　　月分 | 診療実日数 | 　　日 |
| 保険診療点数 | 　　点 | 保険負担割合 | 　割 | 本人負担額 | 　　円 |
| 入院時食事療養費標準負担額 | 1食 | 　　円 |
| 　上記のとおり証明する。　　令和　　　年　　　月　　　日医療機関等の所在地および名称開設者氏名　　　　　　　　　　　印 |