

第7号様式(第6条関係)

子ども医療費給付金支給申請書			
湧水町長 様		令和 ○年 ○月 ○日	
		申請者 氏 名 湧水 太郎	
		住 所 湧水町木場222	
		(電話 ○○○-○○○○-○○○○)	
受給資格者証番号	20000000 受給資格者証の受給者証番号		
子ども	氏 名	湧水 一郎	保険の種類
	生年月日	令和 3年 9月 13日	
	申請者の続柄	子	
受給資格者氏名	湧水 太郎	被保険者氏名	湧水 太郎
		記号・番号	○○○ ○○○○○○
		保険者名	全国健康保険協会○○支部

※記名押印に代えて署名することができます。

保険証の発行元
国保は「湧水町」

医 療 機 関 等 証 明					
診 療 月	年 月 分		患 者 氏 名		
療養の給付 総 点 数	入 院	点	療 養 の 給付に係る 一部負担金	入 院	円
	外 来	点		外 来	円
うち他法制度負担分		点	証明手数料の徴収	有(円)・無	
年 月 日					
医療機関等の所 在 地					
名 称					
開設者氏名 印					

※医療機関等の証明は医療機関等で記入してもらってください。領収書（受診者名，受診年月日及び保険点数，自己負担額が明記され，領収印のあるもの）を添えるときは，記入は不要です。

【町記入欄】

申請書は、人ごと、月ごと、医療機関ごとに分ける。 <u>(診療月から6か月以内に提出したもの)</u>
※支給日は申請日の翌月の第4金曜日
【例】10月10日に申請した場合
児童：A男（8月受診イ病院・ロ病院、9月受診イ病院・ハ薬局）・B子（7月イ病院を2回受診）
A男の申請書は計4枚：①（8月イ病院）②（8月ロ病院）③（9月イ病院）④（9月ハ病院）
・医療機関ごと、月ごとに分ける。受診月が異なる場合、申請書は分ける。
B子の申請書は計1枚：
・同じ診療月・医療機関であれば、1枚の申請書にまとめることができる。（薬局も同様）
・同じ医療機関の場合、入院・外来も同じ申請書で良い。