

県外区分	診療区分	公費区分	確認区分	結核区分	入院日数
			太枠		

保険証が変わったら届出を

様式第4号(第7条関係)

※赤い□の中を記入してください

こども医療費支給申請書

坂戸市長 あて

本日の日付 ROX 年 Δ月 X日

住所 坂戸市 千代田1-1-1 坂千アパート201

申請者 氏名 **坂戸 太郎**

電話 090-(0000)-ΔΔΔΔ

申請者(児童の父又は母等)を記入してください。

下記のとおり医療費を申請します。

保護者	受給者番号	2 3 1 3 4 5 6	加入医療保険	世帯主・被保険者	坂戸 太郎
	氏名	坂戸 太郎		市民税の状況	課税・非課税
こども	フリガナ	サカド サクラ	名	不明な方は空欄にしてください。	
	氏名	坂戸 さくら		<input type="checkbox"/> 坂戸市国民健康保険 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会()支部 <input checked="" type="checkbox"/> さかどグループ健康保険組合 <input type="checkbox"/> その他()	
	生年月日	平成23年 4月15日	称		

注 1 本申請書欄は、申請者が記入して診療を受けた翌月以降に下部領収書欄に医療機関で記入を受けてください。健康保険証を持参してください。

領 収 書

受給資格証に記載の

こども医療費受給資格証
公費負担番号 81110439
受給者番号 2313456
氏名 坂戸 太郎
住所 坂戸市千代田一丁目1番1号坂千アパート
氏名 坂戸 さくら
生年月日 平成23年4月15日
日有効期間
平成24年10月1日
埼玉県坂戸市長

月分保険診療一部負担金 (他法本人負担額及び外来薬剤費一部負担金は)

点 他法負担分点

お子様の健康保険証の内容

社会保険にご加入の場合は、健康保険証の一番下に名称がある場合があります。(保険証により、記載の場所は多少異なります)

健康保険 記号○○○番号○○○
 被保険者証
 氏名 坂戸 さくら
 生年月日 平成23年4月15日
 被保険者 坂戸 太郎
 埼玉電子機器健康保険組合
 生年月日 平成23年4月15日
 被保険者 坂戸 太郎
 全国健康保険協会埼玉支部

さかどグループ健康保険組合

領収書の欄は医療機関に記入していただくところです。

領収書(必要事項が記載されたもの)を添付していただく場合は空欄で結構です。

円× 食	円× 食	円× 食
------	------	------