

こども医療費支給申請書
(償 還 払 い 分)

注 3 2 1 この申請書は医療機関等で現金を支払った場合に使用するものです
申請書上段は、申請者が記入してください
中段の診療報酬領収証明書は、医療機関等で記入してもらってください

受給者（子ども）	公費負担者番号								加入医療保険 医療機関等	被保険者氏名										
	公費負担医療の受給者番号									記 号 番 号										
	住 所 府中市									名 称										
	氏 名									附 加 給 付 の 有 無 ・ 内 容 有 ・ 無 ()										
	生 年 月 日 年 月 日									所 在 地										
	個 人 番 号									名称(氏名)										
振込先	金融機関名	銀行・農協 金庫・組合							支店	金融機関コード 店 番										
	預金種別 口座番号	1 普通 2 当座							フリガナ 口座名義											
上記のとおり申請します。																				
年 月 日 申 請 者 住 所 氏 名 府 中 市 長 様 電話番号 () -																				

診 療 報 酬 領 収 証 明 書																		
氏 名			年 月 診療分							入 院 ・ 入 院 外								
			診療実日数 日							医科・歯科・調剤・その他								
保険医療総医療費（総点数×10）										領 収 額								
合 計										円								円
（再掲）	入院外 1日目									円								円
	入院外 2日目									円								円
	入院外 3日目									円								円
	入院外 4日目									円								円
	入院外 5日目以降計									円								円
年 月 日 上記のとおり証明します。 所在地 医療機関等 名 称 氏 名 印																		

ここから下は記入しないでください。

受付 . .					支出命令 月 日	支給台帳 月 日
決裁 . .						
総医療費 A	保険給付額 B	他公費負担額 C	一部負担金額 D	窓口調整額 E	支給決定額 F F=A-(B+C+D+E)	
円	円	円	円	円	円	