

子ども医療費支給申請書

(償還払い分)

注
321 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 | 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 | | | | | | | | | | 所在地 | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | | 医療機関等 | 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 |
| 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 | 支給台帳 |
| 決裁 | ・ | ・ | | | | | 月 日 | 月 日 |
| 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 |