

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 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			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		年 月 日						
		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	