

ひとり親家庭等医療費支給申請書
(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	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 年 月 日					医療機関等	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				
	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 (印)						
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。						年 月 日				
			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				