

子ども医療費支給申請書
(償還払分)

尾道市長様

次のとおり申請します。

年 月 日

申請者 (受給者)	公費負担者番号	9	0	3	4	0	0	5	0	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												
	子ども	氏名										名称											
		個人番号																					
		生年月日 年 月 日																					
	申請者	住所										付加給付の有無・内容 有・無 ()											
氏名 (印)																							
個人番号																							
振込先金融機関	銀行・農協 金庫・組合										支店	普通	口座										
	ゆうちょ銀行					記号・番号																	
	口座名義 (カタカナ)																						

注 4 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。
上段申請書欄は、申請者が記入してください。
中段診療報酬領収証明書欄は、医療機関等で記入してもらってください。
薬剤一部負担金がある場合は、総医療費合計及び領収額合計にそれぞれ含めた額を記入してください。

診療報酬領収証明書																			
氏名	年 月 診療分										入院・入院外								
	診療日数 日										医科・歯科・調剤・その他								
保険診療総医療費 (総点数 × 10)										領 収 額									
合 計 (薬剤一部負担金を含む。)										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。																			
医療機関等 所在地 名称 氏名 (印)																			

ここから下は記入しないでください。

				受付印	
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	支給決定金額E E = A - (B + C + D)	
円	円	円	円	円	

