

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 (保護者)	氏名				振込先 金融機関	銀行・農協 金庫・組合						
	住所					支店・支所						
	電話番号	(本人・配偶者・)				普通 口座番号						
	申請理由	1 県外の医療機関等での受診 2 医療証交付前の受診 3 その他 ()				口座名義 (カタカナ)						
受診者	氏名			生年月日			公費負担者番号 90340050					
	加入 医療保険	保険の種類	国保・協会・組合・共済・その他			受給者番号						
		記号・番号・枝番										
	被保険者氏名											

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				
保険医療総医療費 (総点数×10)				領収額			
合計 (薬剤一部負担金を含む。)				円	円	円	円
(再掲)	入院外 1日目	円	円	円	円		
	入院外 2日目	円	円	円	円		
	入院外 3日目	円	円	円	円		
	入院外 4日目	円	円	円	円		
	入院外 5日目以降計	円	円	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

- 注 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。
 2 上段申請書欄は、申請者が記入してください。
 3 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。
 4 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。

以下は記入しないでください。

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