

記入例

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。

申請日を記入

RO年 OO月 OO日

申請者 (保護者)	住所	尾道 太郎		振込先 金融機関	銀行・農協 金庫・組合
	電話番号	尾道市○○町 ××番地 □□ △△アパート ○○号		口座番号	支店・支所
	申請理由	090-1234-5678 (本人 配偶者)	日中連絡がとれる 人の番号を記入	普通 口座番号	00000000
		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 (受給者証を忘れた)	申請理由 を選択	口座名義 (カタカナ)	オノミチ タロウ
受診者	領収証に記載の 受診者について 記入	尾道 道子	生年月日	H00.0.00	公費負担者番号
	医療保険	国保 協会 組合 共済 その他			90340050
	被保険者氏名	尾道 タロウ			受給者番号
					00000000

診療報酬領収証明書										
氏名	年 月 診療分			入院 ・ 入院外						
保	調剤			調剤 ・ その他						
合計 (薬剤一部負担金)	領収額			円						
(再掲)	入院外	円			円					
	入院外	円			円					
	入院外	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。										
医療機関等		所在地								
		名称								
		氏名								

● 太枠の中を記入してください ●

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