様式第4号（第7条関係）

こども・重度心身障害者・ひとり親家庭等医療費支給申請書

（償還払分）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。なお、「保険給付が行われることを証明する書類」を添付するときは、記入の必要はありません。 | 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 | 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 |
| 申請額(支払金額) | 円 | 名称(氏名) |
| 振替先 | 金融機関名店舗名 | 銀行　　　　　　店 | 金融機関コード店番 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 預金種別 | 1　普通2　当座 | 口座番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 支払金額 | 千 | 百 | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
| 　上記のとおり申請します。 |
| 　　　　　年　　　月　　　日申請者　大崎上島町長様 | 住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　フリガナ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | 百万 | 十万 | 万 | 千 | 百 | 十 | 一 | 円 | 百万 | 十万 | 万 | 千 | 百 | 十 | 一 | 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　　　日医療機関等　所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　名称　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名 　　　　　　　　　　　　　　㊞　 |
| ここから下は記入しないでください。 |
| 受付　　・　・ | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 支出命令月　日 | 支給台帳月　日 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 決裁　　・　・ |
| 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 | 支給決定額EE＝A－(B＋C＋D) | 負担区分 | こ・障・ひ |
| 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |