

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 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。
 1 上段申請書欄は、申請者が記入してください。
 2 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。

① 受給者	公費負担者番号 9 0 3 4 0 7 3 8								被保険者氏名							
	公費負担医療の受給者番号 お子様の受給者番号								② 加入医療保険							
	住 所 大崎上島町〇〇△△番地								記号・番号							
	氏 名 大崎 花子								名 称							
	生年月日 〇〇〇〇年 △△月 □□日								③ 医療機関等							
申 請 額 (支払金額) 円								附加給付の有無・内容 (有・無)								
④ 金融機関名 銀行 店								③ 医療機関等								
振替先 店 舗 名								金融機関コード 店 番								
預 金 種 別 1 普通 2 当座								支 払 金 額 千 百 十 万 千 百 十 円								
口座番号								名称(氏名)								
上記のとおり申請します。																
2020年 ○月 ×日 住 所 大崎上島町〇〇△△番地 申請者 フリガナ オオサキ タロウ 大崎上島町長様 氏 名 大崎 太郎																

診療報酬領収証明書																																																																																																																																																																																																																															
◎記入上の注意																																																																																																																																																																																																																															
①受給者(お子様)の受給者番号・名前など漏れなくご記入ください。																																																																																																																																																																																																																															
②加入医療保険・③医療機関等・④振込先は、既にご登録頂いた情報及び申請時にご提出いただく領収書から確認するので記入不要です。																																																																																																																																																																																																																															
※初めて償還払いの手続きを行う方は、 <u>口座登録が必要</u> となります。「口座登録振替依頼書」の提出をお願いします。																																																																																																																																																																																																																															
※この申請書は、 <u>一度の申請に1枚の提出</u> となります。(診療毎に提出する必要はありません)																																																																																																																																																																																																																															
ここから下は記入しないでください。																																																																																																																																																																																																																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="8">公費負担者番号</td> <td colspan="8">こども医療費受給者証</td> </tr> <tr> <td colspan="8">公費負担医療の受給者番号</td> <td colspan="8">公費負担医療の受給者番号</td> </tr> <tr> <td colspan="8">氏 名</td> <td colspan="8">氏 名</td> </tr> <tr> <td colspan="8">こども</td> <td colspan="8">こども</td> </tr> <tr> <td colspan="8">生年月日</td> <td colspan="8">生年月日</td> </tr> <tr> <td colspan="8">保 護 者</td> <td colspan="8">保 護 者</td> </tr> <tr> <td colspan="8">住 所</td> <td colspan="8">住 所</td> </tr> <tr> <td colspan="8">一部負担金(自己負担)限度額</td> <td colspan="8">一部負担金(自己負担)限度額</td> </tr> <tr> <td colspan="8">通院</td> <td colspan="8">通院</td> </tr> <tr> <td colspan="8">入院</td> <td colspan="8">入院</td> </tr> <tr> <td colspan="8">有効期間</td> <td colspan="8">有効期間</td> </tr> <tr> <td colspan="8">発行機関名及び印</td> <td colspan="8">発行機関名及び印</td> </tr> <tr> <td colspan="8">交付年月日</td> <td colspan="8">交付年月日</td> </tr> </table>																公費負担者番号								こども医療費受給者証								公費負担医療の受給者番号								公費負担医療の受給者番号								氏 名								氏 名								こども								こども								生年月日								生年月日								保 護 者								保 護 者								住 所								住 所								一部負担金(自己負担)限度額								一部負担金(自己負担)限度額								通院								通院								入院								入院								有効期間								有効期間								発行機関名及び印								発行機関名及び印								交付年月日								交付年月日							
公費負担者番号								こども医療費受給者証																																																																																																																																																																																																																							
公費負担医療の受給者番号								公費負担医療の受給者番号																																																																																																																																																																																																																							
氏 名								氏 名																																																																																																																																																																																																																							
こども								こども																																																																																																																																																																																																																							
生年月日								生年月日																																																																																																																																																																																																																							
保 護 者								保 護 者																																																																																																																																																																																																																							
住 所								住 所																																																																																																																																																																																																																							
一部負担金(自己負担)限度額								一部負担金(自己負担)限度額																																																																																																																																																																																																																							
通院								通院																																																																																																																																																																																																																							
入院								入院																																																																																																																																																																																																																							
有効期間								有効期間																																																																																																																																																																																																																							
発行機関名及び印								発行機関名及び印																																																																																																																																																																																																																							
交付年月日								交付年月日																																																																																																																																																																																																																							

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		支給決定額E		負担区分	
円		円		円		円		E=A-(B+C+D)		こ・障・ひ	

医療費の領収書(医院・薬局)のコピー