

子ども医療費給付申請書

年 月 日

井原市長 殿
下記のとおり、医療費の給付を申請します。
なお、受給資格の確認に必要な場合、公簿により私の世帯の所得等を確認されることを承諾します。

申請者記入欄	申請者	氏名				電話番号							
		住所											
	受給資格者	氏名				受給資格証の 受給者番号							
		生年月日	年 月 日			性別	男 ・ 女						
		保険証 の内容	記号・番号	記号	番号		被保険者氏名						
保険者番号				保険者名									

医療機関記入欄 (レセプト単位)	診療（調剤）報酬領収証明書												医科・歯科・調剤・その他	8 7 ()
	診療年月	年 月			フリガナ									
	入院年月日	年 月 日			患者氏名 (受給資格者)									
	保険診療 総点数	入院	(日分)		医療機関の 所在地 名 称 氏 名	⑩								
		外来	(受診 回分)											
	他法負担点数 ※1	入院	() 点											
		外来	() 点											
	他法負担等による 窓口負担額 ※2	入院	() 円		処方箋交付 医療機関 ※3									
		外来	() 円											
	※1 他法公費負担医療の適用がある場合は、() に法別番号等を記入してください。													
※2 限度額適用認定証・他法公費負担医療の適用後の「窓口負担額」(医療費のみ)を記入してください。														
※3 処方箋を交付した医療機関名を記入してください。(調剤薬局のみ)														

申請者記入欄	振込口座	金融機関の名称	() 銀行・信用組合(金庫)・農協 () 支店・出張所										
		預金種別	普通 ・ 当座	店番号			口座番号						
		店番号		口座番号									
		フリガナ											
	口座名義人												

【問い合わせ先】子育て支援課：電話（0866）62-9517

市記入欄	給 付 決 定							
	総医療費	窓口負担額 (A)	法定給付額 (B)	付加給付金 (C)	自己負担金	公費一部負担金(D)		公費給付額 (A)-(B)-(C)-(D)
						入	円	
	円	円	円	円	円	外		