

子ども医療費給付申請書

記入例

年 月 日

井原市長 殿

申請書は診察月ごと、医療機関ごとに  
分けて記入してください！

申請者 記入欄	申請者	氏名	井 原 太 郎			電話番号	(0866) 62 - 9517						
		住所	井 原 市 井 原 町 311-1										
	受給資格者	氏名	井 原 花 子			受給資格証の 受給者番号	1	2	3	4	5	6	7
		生年月日	1 年 5 月 1 日			性別	男 ・ (女)						
		保険証 の内容	記号・番号	36000000		123	被保険者氏名	井 原 太 郎					
		保険者番号	01330018		保険者名	全国健康保険協会岡山支部							

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		領収書原本を添付する場合、患者氏名・医療機関欄は記入不要です。													
	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)		点		医療機関 所在地 名称 氏 名														
		外来	(受診 回分)		点																
	他法負担点数 ※1	入院	( )		点		処方箋交付 医療機関 ※3														
		外来	( )		点																
他法負担等による 窓口負担額 ※2	入院	( )		円																	
	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	( 中 国 ) (銀行) 信用組合(金庫)・農協 ( 井 原 ) (支店) 出張所									
		預金種別	(普通) ・ 当座		店番号							
		店番号	2 2 0 1 1									
		口座番号	イ バ ラ タ ロ ウ									
		フリガナ	井 原 太 郎									
		口座名義人	井 原 太 郎									

複数枚出される場合、1枚記入してください。

＜申請時の注意事項＞

- ・医療機関等の証明がありますか、もしくは、領収書を添付していますか。
- ・領収書（レシート不可）に患者名・保険診療の点数・診療日の記載がありますか。
- ・医療機関ごと、診療月ごとに申請書がわかれていますか。  
※お薬が院外処方の場合、薬局は別の医療機関です。申請書を分けて下さい。
- ・診療日から1年以内の申請ですか。（申請の時効は1年です）
- ・振込先口座番号、口座名義人は正しく記入できていますか。