

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	氏名	井原太郎		電話番号	(0866) 62-9517							
	住所	井原市井原町311-1										
申請者記入欄 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	番号	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 ※セブト単位	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	点 (日分)			医療機関 所在地 名 称 氏 名			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。					
		外来	点 (受診回分)											
	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	金融機関の名称	(中國)銀行 信用組合(金庫)・農協 (井原)支店・出張所										
	預金種別 店番号 口座番号	普通・当座		店番号								
	フリガナ	Z Z 0 1 1										
	口座名義人	イバラタロウ 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。