

ひとり親家庭等医療費支給申請書（償還払分）

受給者	公費負担者番号	9	2	3	4	0	8	1	9	加入医療保険 医療機関等	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								所在地									
	申請額（支払金額）								名称（氏名）									
振込先	銀行 金庫 組合 農協	本店 支店	普通・ 当座	口座番号							名義カナ							
上記のとおり申請します。 <table style="float: right; margin-left: 20px;"> <tr><td>申請者</td></tr> <tr><td>住所</td></tr> <tr><td>年 月 日</td></tr> <tr><td>氏名</td></tr> <tr><td>電話</td></tr> </table>														申請者	住所	年 月 日	氏名	電話
申請者																		
住所																		
年 月 日																		
氏名																		
電話																		

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								円						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。 <table style="float: right; margin-left: 20px;"> <tr><td>医療機関等</td></tr> <tr><td>所在地</td></tr> <tr><td>名称</td></tr> <tr><td>氏名</td></tr> </table>												医療機関等	所在地	名称	氏名	年 月 日	
医療機関等																	
所在地																	
名称																	
氏名																	

- 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 上段の欄は、申請者が記入してください。  
 3 中段の診療報酬領収証明書は、医療機関等で記入してもらってください。なお、「保険給付が行われてい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。

ここから下は記入しないでください。

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 E=A-(B+C+D)