

こども医療費支給申請書（償還払分）

受給者	公費負担者番号	9	0	3	4	0	8	1	1	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							
<p>上記のとおり申請します。 申請者</p> <p>住所</p> <p>年 月 日 氏名</p> <p>世羅町長 様 電話</p>																						

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						
<p>上記のとおり証明します。 年 月 日</p> <p>医療機関等 所在地 名 称 氏 名</p>																							

- 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)