様式第４号（第６条関係）

子ども医療費請求書

大洲市長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年　　 月　　 日

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者（受給資格者） | 住所　大洲市　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 電話　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

子ども医療費を次のとおり請求します。

請求額　　　　　　　　　　　　　　円　（　　　　　　年　　　月分）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 |  | 銀行 |  | 本店(所) | 口座種別 | 普通　・　当座 |
| 信用金庫 | 支店 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 農協 | 出張所 | フリガナ口座名義 |  |
| (　　　) | 支所 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 子ども氏名等 | フリガナ |  | 受給者番号 |  |
| 氏名 |  | 保険者番号 |  |
| 保険者名 |  |
| 生年月日 | 　　 年　　 月　　 日 | 性別 | 男 ・ 女 | 記号 |  |
| 住所 |  | 番号 |  |
| 申請者との続柄 |  | 被保険者氏名 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 摘要 | 限度額適用認定証等を使用しましたか？ | はい　・　いいえ |
| 交通事故等（第三者行為）による傷病ですか？  | はい　・　いいえ |
| 学校等での負傷ですか？ | はい　・　いいえ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険医療機関等証明欄 | 患者氏名 | 　 　年　 　月　 　日生（ 男 ・女 ） | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者記号番号 | 記 号 |
| 番 号 |
| 診療報酬内訳 | 診療報酬総点数 | うち他法公費点数 | 他法公費種別 | 費用徴収額 | 領収額 |
| 点 | 点 |  | 円 | 円 |
| 1　入院2　外来 | 　　　　年　　　月　　　日から　　　　年　　　月　　　日まで | 日間 | 限度額適用認定証の区分 |  |
| 上記のとおり証明します。 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 保険医療機関等の名称及び所在地、開設者氏名　 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決定 | 本人負担額 | － | 高額療養費 | － | 付加給付額 | ＝ | 助成決定額 |
| 円 | 円 | 円 | 　　円 |
| 決裁 | 課長 | 課長補佐 | 係長 | 係 | 備考 |
|  |  |  |  |