

子ども医療費請求書

大洲市長 様

住所 _____
 申請者 _____
 (受給資格者) 氏名 _____ (印)
 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 支所	フリガナ 口座名義				

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		性別		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						(印)					

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				