様式第７号（第６条関係）

子ども医療費請求書
（第１子・第２子通院用）

大洲市長　様

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 信用金庫 農　協 （　　）	本店(所) 支　店 出張所 支　所	口座種別	普　通　・　当　座
			口座番号	
			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	年　月　日	性別	男・女	記　号	
	住　所	大洲市			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	
	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	上限額	既助成額		
	－　円	－　円	－　円	－　円	年　月　決定　円		
	助成決定額　円	決裁	課　長	課長補佐	係　長	係	備考