

申請者名および太枠内のみをボールペンで記入してください。

記入例

子ども医療費請求書
(第1子・第2子通院用)

振込先となる保護者について
記入・押印してください。
※氏名の訂正不可

大洲市長 様

領収書等を確認しますので、
記入しないでください。
※金額の訂正不可

申請者 (受給資格者) 住所 大洲市 大洲690-1

氏名 大洲 太郎 大洲 印

電話 (24-2111)

日中連絡がつく番号

子ども医療費を次の通り請求します。

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	1	1	1	1	1	1	1
	農協	出張所	フリガナ	オオズ タロウ						
	()	支所	口座名義	大洲 太郎						

子ども氏名等	フリガナ	オオズ イチロウ			受給者番号	記入不要
	氏名	大洲 一郎			保険者番号	
	生年月日	平成21年1月1日	性別	男・女	記号	
	住所	大洲市 大洲690-1			番号	
	申請者との続柄	子			被保険者氏名	

交通事故や学校での負傷の場合、給付ができないことがあります。

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

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							
	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	年間	限度額適用認定証の区分	年 月 日							

決定	本人負担額	高額療養費	付加給付額	上限額	既助成額	年 月 決定					
	円	円	円	円	円	円					
	助成決定額	円	決裁	課長	課長補佐	係長	係	備考			