

申請者名および太枠内のみボールペンで記入してください。

様式第6号

記入例

子ども医療費請求書

振込先となる保護者について記入
※氏名の訂正不可

大洲市長 様

住所 大洲市 大洲690-1

押印

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) 氏名 大洲 太郎



電話 (24-2111)

子ども医療費を次のとおり請求します。

請求額 円 (年 月分)

日中連絡がつく番号

振込先	銀行	本店(所)	口座種別	普通・当座						
	大洲 信用金庫	大洲城 支店	口座番号	1	1	1	1	1	1	1
	農協 ()	出張所 支所	フリガナ 口座名義	オオズ タロウ 大洲 太郎						

子ども氏名等	フリガナ	オオズ ハナコ			受給者番号	記入不要
	氏名	大洲 花子			保険者番号	
	生年月日	平成 20 年 1 月 1 日	性別	男・♀	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	

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

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。

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			
	1 入院	年 月 日から	日間	限度額適用認定証の区分					
	2 外来	年 月 日まで							

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