

子ども医療費請求書

大洲市長 様

年 月 日

住所 大洲市 \_\_\_\_\_  
 申請者 (受給資格者) 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
	信用金庫	支店	口座番号
	農協	出張所	フリガナ
	( )	支所	口座名義
		普通・当座	

子ども氏名等	フリガナ				受給者番号	
	氏名				保険者番号	
	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
	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