様式第４号（第６条関係）

子ども医療費請求書

大洲市長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年　　 月　　 日

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  | 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 | フリガナ  口座名義 |  | | | | | | |
| (　　　) | 支所 |  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | | | | 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 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | |
|  |  | |  |  | | |