

(記入例)

領収書が複数ある場合には、
医療機関ごと、診療月ごとに
まとめ、それぞれに申請書の
記入が必要です。

子ども医療費支給申請書 (償還払分)

令和〇〇年 〇〇月 〇〇日

申請者 (受給者)	公費負担者番号	9	0	3	4	0	0	5	0	加入医療保険	被保険者氏名	尾道 太郎											
	公費負担医療の受給者番号	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇		記号・番号	0000000 - 00											
	子ども	氏名	尾道 一郎								名 称	全国健康保険協会 〇〇支部											
		個人番号	0000000000									住所	尾道市〇〇町△△番地										
		生年月日	〇〇年		〇〇月		〇〇日		振込先金融機関	尾道			銀行	農協	尾道	支店	普通	口座番号	〇	〇	〇	〇	〇
	氏名	尾道 太郎								ゆうちょ銀行		記号・番号		-									
	個人番号	0000000000								口座名義 (カタカナ)		オ/ミ千 タロウ											
	※ 受給者証に記載の保護者名で申請																						
	※ 受給者証に記載の保護者名義の口座を記入 ※ 必ず口座のコピーを添付																						

注 4 3 2 1
この申請書は、医療機関等で現金を支払った場合に使用するものです。
上段申請書欄は、申請者が記入してください。
中段診療報酬領収証明書欄は、医療機関等で記入してもらってください。
薬剤一部負担金がある場合は、総医療費合計及び領収額合計にそれぞれ含めた額を記入してください。

診療報酬領収証明書											
氏名				年 月 診療分							
診療日数				日				医科・歯科・調剤・その他			
保険診療総医療費 (総点数 × 10)						領 収 額					
合 計 (薬剤一部負担金を含む。)						円					
(再掲)	入院外 1日目		円		円		円		円		
	入院外 2日目		円		円		円		円		
	入院外 3日目		円		円		円		円		
	入院外 4日目		円		円		円		円		
	入院外 5日目以降計		円		円		円		円		
上記のとおり証明します。											
医療機関等				所在地				名称			
								氏名			
(印)											

ここから下は記入します。

「診療報酬領収証明書」欄について

領収書に「診療点数、診療月、診療日数、患者氏名、医療機関名、領収金額」が記載されている場合は、証明をもらう必要はありません。
領収書に診療点数の記載がない場合は、この欄に病院で診療点数等の証明をしてもらってください。

総医療費 A	円
領 E (C+D)	円

