

重度障害者・乳幼児・ひとり親家庭等・こども医療費支給申請書
 （ 償 還 払 分 ）

注 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。

受給者	公費負担者番号								加入医療保険	被保険者氏名									
	公費負担医療の受給者番号									記号・番号									
	住 所									名 称									
	氏 名									附加給付の有無・内容 有・無 ()									
	生年月日	明治・大正		年		月		日		医療機関等	所 在 地								
申 請 額 (支払金額)								名称(氏名)											
振替先	金融機関名 店 舗 名	銀 行 店							金融機関コード 店 番										
	預金種別	1 普通 2 当座	口座番号							支払金額	千	百	十	万	千	百	十	円	
上記のとおり申請します。 年 月 日 申請者 住 所 殿 フリガナ 氏 名																			

診療報酬領収証明書																											
氏 名		年 月診療分						入 院 ・ 入 院 外																			
		診療実日数 日						医科・歯科・調剤・その他																			
保険医療総医療費（総点数×10）																		領 収 額									
合 計		百万	十万	万	千	百	十	一	円	百万	十万	万	千	百	十	一	円										
(再掲)	入院外1日目								円								円										
	入院外2日目								円								円										
	入院外3日目								円								円										
	入院外4日目								円								円										
	入院外5日目以降計								円								円										
上記のとおり証明します。 年 月 日 医療機関等 所在地 名称 氏 名																											

ここから下は記入しないでください。

受付 令和 . .						支払命令	支給台帳
決裁 令和 . .							
月 日						月 日	
総 医 療 費 A	保 険 給 付 額 B	他公費負担額 C	一部負担金額 D	支 給 決 定 額 E E=A-(B+C+D)		負担区分	障・乳・ひ
円	円	円	円	円			