

乳幼児等医療費支給申請書 (償還払分)

受付 場所	本庁	八本松	高屋	志和	安芸津
	黒瀬	豊栄	福富	河内	

対象乳幼児等 (受診者)	住 所： 千 東広島市	公費負担者番号
	氏 名： 平成	90340589
	生 年 月 日： 令和 年 月 日	受給者番号

対象乳幼児等 の加入保険	保険者番号	記号 () 番号 ()
	被保険者氏名 () 対象乳幼児等との続柄： 父 ・ 母 ・ その他 ()	

振込先	銀行・農協 信用金庫 信用組合	本 店 支 店 支 所	普通 ・ 当座	口座番号 (右つめ)
	口座名義 (カタカナ)： ※申請者と異なる場合は、委任状が必要です。			

上記のとおり申請します。 対象乳幼児等住所と同じ。

令和 年 月 日 申請者 住 所
(受給者証の保護者名) フリガナ
氏 名
東広島市長 様 電話番号 () -

※医療機関等証明欄		診療報酬領収証明書			
氏 名	平成・令和 年 月 診療	入院 ・ 入院外			
	診療日数	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 (薬剤一部負担金含む。)		円			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。					
医療機関等		所在地 名称 氏名			

- 注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。
- 2 申請書の上段の欄は、申請者が記入してください。
- 3 中段の診療報酬領収証明書の欄は、医療機関等で記入してもらってください。
なお、「保険給付が行われていることを証明する書類」を添付するときは記入の必要はありません。
- 4 薬剤一部負担がある場合は、その額を保険医療総医療費の合計及び領収額の合計にそれぞれ含めた額を記入してください。

ここから下は記入しないで下さい。

※審査決定	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	支給決定金額 E E=A-(B+C+D)
	円	円	円	円	円
	<input type="checkbox"/> 未熟児養育医療 <input type="checkbox"/> 育成医療 <input type="checkbox"/> (国保・社保) 治療用器具 <input type="checkbox"/> (国保・社保) 高額療養費 <input type="checkbox"/> 就学児入院 <input type="checkbox"/> その他：				