

こども医療費支給申請書（償還払分）

こども (受診者)	住所：〒 東広島市					公費負担者番号														
	氏名： 生年月日：平成・令和 年 月 日					90340589														
						受給者番号														
こどもの 加入保険	保険者番号								記号（ ）番号（ ）											
	被保険者氏名（ ）こどもとの続柄：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（右づめ）														
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。														□こどもの住所と同じ。						
令和 年 月 日														住所						
東広島市長 様														フリガナ						
														氏名						
														電話番号（ ） —						

※医療機関等証明欄			診療報酬領収証明書													
氏名		令和 年 月 診療分						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。								年 月 日								
								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。
- 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。
- 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。
- ここから下は記入しないでください。

※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
	☐ 未熟児養育医療 ☐ 高校生入院	☐ 育成医療 ☐ その他：	☐ (国保・社保) 治療用装具		☐ (国保・社保) 高額療養費