

ひとり親家庭等医療費支給申請書
(償還払い分)

受給者	公費負担者番号	9	2	3	4	0	0	4	1	加入医療保険	被保険者名							
	公費負担医療の受給者番号										記号・番号							
	住所 三原市										名称							
	名前										附加給付の有無・内容 有・無 ()							
	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日										医療機関等	所在地						
	申請額 (支払金額) 円										名称(氏名)							
振込先	金融機関名 店番	銀行・信金 農協・信組							ゆうちょの場合、記号を記入 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	万	千	百	十	一	円	
	ゆうちょ銀行	1	0	-						1								
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 申請者 住所 三原市 三原市長 様 氏名 (連絡先 - -)																		

診療報酬領収証明書																	
氏名		平成 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 (薬剤一部負担金を含)												円					
(内訳)	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		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ないでください。

受付 令和 . .						支出命令	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	支給決定金額 E F=A-(B+C+D)		負担区分	老・障 乳・心
円	円	円	円	円			