

乳幼児等医療費支給申請書 (償還払い分)

受給者(乳幼児等)	公費負担者番号	9 0 3 4 0 0 4 3	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 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 農協	信金 労金	口座番号		金融機関 コード 店番		
	支店名		口座名義(カタカナ)			支払金額	万 千 百 十 一	
	ゆうちょ銀行	1	0	-	1		円	
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				フリガナ				
				氏名				
				(連絡先 - -)				

診療報酬領収証明書							
氏名	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む)							
(内訳)	入院外 1日目			円			
	入院外 2日目			円			
	入院外 3日目			円			
	入院外 4日目			円			
	入院外 5日目以降計			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)		
円	円	円	円	円		
				負担区分	老・障 乳・ひ	