

# 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		医療機関等	附加給付の有無・内容 有・無 ( )			
	生年月日 平成 令和 年 月 日			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 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
	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 氏名 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				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 (印)							

ここから下は記入しないでください。

受付 平成 . .					支出命令	支給台帳
決裁 平成 . .					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		