

様式第5号の1(第7条関係)

子ども医療費請求書

(宛先)
東温市長

年 月 日

請求者 住所
氏名
電話

印

請求額 _____ 円 (ただし、 _____ 年 _____ 月診療分)

子ども医療費の助成を受けたく、助成金の額を証する書面を添えて上記のとおり請求します。

振込先	銀行	本店(所)	口座種別	普通・当座					
	信用金庫	支店	口座番号						
	農協	出張所	フリガナ	-----					
	()	支所	口座名義	-----					

子ども氏名等	氏名				受給者番号							
	生年月日	年 月 日	性別	男・女	保険者番号	-----						
	住所	<input type="checkbox"/> 請求者住所と同じ				保険者名	-----					
						記号番号	-----					
請求者との続柄					被保険者氏名	-----						

摘要	限度額適用認定証等を使用しましたか？	はい ・ いいえ
	交通事故等(第三者行為)による傷病ですか？	はい ・ いいえ
	学校等での負傷ですか？	はい ・ いいえ

医療機関等証明欄	患者氏名	年 月 日生			加入医療保険 保険者番号						
	加入医療保険 記号番号				一部負担金の 割合	-----					
	診療期間	1 入院	年 月 日から			実日数	日				
		2 外来	年 月 日まで								
	総診療報酬 点数	点	他法公費負担 点数	(種別:)	点	受領金額	円				
上記のとおり証明します。 年 月 日 医療機関等の名称及び 所在地・開設者氏名 印											

助成内容	本人負担額	高額療養費	付加給付額	助成金決定額
	円 -	円 -	円 =	円