

償還払い用の申請書です。  
(窓口で医療費の支払があったとき)

こども医療費支給申請書 (償還払)				年 月 日	
桶川市長		住所 氏名 氏電 氏話			
次のとおり医療費を申請します。					
対象のこども	受給者番号		加入医療保険	世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名	
	ふりがな			市区町村民税の状況	課税・非課税
	氏名			記号番号	
	生年月日	年 月 日		名称	

(注) 上部申請書欄は、申請者が記入してください。

※領収書を添付の際は、この位置にホチキスでとめてください。

(受診された方の氏名や右の内容が記載されているものに限ります。)

領 収 書		入院 日	外来 日
		総合病院の場合 科	
保険診療総点数 <span style="float: right;">点</span> ただし、年 月分保険診療総点数	他法負担点数 <span style="float: right;">点</span>		
保険診療分領収金額 <span style="float: right;">円</span>			
入院時食事療養標準負担額は含まない。			
年 月 日	医療機関等		
_____様	所在地 (住所)		
	名 称		
	氏 名 <span style="float: right;">印</span>		
	電 話 番 号		
課税区分	保険診療一部負担金	高額療養費	附加給付金
	円	円	円

支給金 <span style="float: right;">円</span>
--