

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<br>氏名<br>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            | 点         | 他法負担点数    | 点     |
| ただし、年 月分保険診療総点数    |           |           |       |
| 保険診療分領収金額          | 円         |           |       |
| 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       |       |
|                    |           | 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 | 円 |
|-----|---|