

記入例

部分のみご記入ください。

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)

平成〇〇年〇〇月〇〇日

桶川市長

住所 **桶川市泉1-3-28**
氏名 **紅花太郎**
氏電 **786-3211**

受給資格証の受給者番号

次のおり医療費を申請します。

対象のこども	受給者番号	5678901	加入医療保険	世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名	紅花太郎
	ふりがな	べにばな はなこ		市区町村民税の状況	課税・非課税
	氏名	紅花 花子		記号番号	桶06 1234
	生年月日	平成18年 7月 1日		名称	桶川市 又は〇〇健康保険組合

(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	

※注意

レシートのように、受診者の氏名、診療点数などの記載がないものは、添付できませんので、医療機関に直接、申請書の領収書欄に書いてもらってください。

(例)

× (レシート)

領 収 書

〇〇 病院

2013-12-30

02 ★50非

01 ★1000非

1050 小計

1050 計

1050 現

○ (氏名、診療点数が記入されている)

請求書兼領収書

患者NO. _____ 氏名 〇〇〇〇様

保険者NO. _____ 平成〇〇年〇月〇〇日

初・再診料	医学管理等	投薬料	注射	処置
点	点	点	点	点
120		160		220
手術	麻酔	検査	その他	
点	点	点	点	点
保険点数合計	負担率	負担金		領収印
点	割	円		(印)
500	3	1,500		
請求金額	今回未収金	領収金額		
円	円	円		
1,500		1,500		

上記のとおり請求いたします。

〇〇 病院

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