

京田辺市子育て支援医療費支給申請書

平成 年 月 日

京田辺市長 様

住 所
申 請 者
(保護者)

氏 名 (印)
〔電話番号() 〕

次のとおり__年__月分の医療費の支給を申請します。

受給者番号									
乳幼児、児童又は生徒名									
受診された医療機関名		(受診科名)							
加入保険	被保険者名								
	保険の種別	国保・国組・国退・協会けんぽ・69条の7・健保・船員・共済							
	保険者名	記号 番号							
医療費の状況		別紙のとおり							
支給決定額		円	内訳	医療費	円				
				証明手数料	円				
備考	振込先	銀行・農協 支(本)店 信用金庫・信用組合							
	預金種目	普通・当座・	口座番号						
	名義人	(フリガナ)							
氏名									

左の欄には、現在お持ちになっている受給者証に記載されている番号、乳幼児、児童又は生徒名を記入してください。

- 注 1 医療費支給申請は、受診月の翌月から、毎月行ってください。
 2 別紙の受診証明書及び患者名、受診日、医療費明細がわかる領収書等を添付してください。
 3 の欄は、記入しないでください。

受診乳幼児又は児童名		性別	男・女	生年月日	年 月 日	
傷病名	(1) (2) (3)					
診療の期間	(1) 年 月 日から 年 月 日まで (2) 年 月 日から 年 月 日まで (3) 年 月 日から 年 月 日まで					
入院外来の別	入 院 ・ 外 来					
診療報酬請求点数	万	千	百	十	一	うち公費負担分(結核・精神) ・ 点
					小数以下 点	
自己負担割合	5割・4割・3割・2割・1割(その他)					
<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所在地 医療機関名 名称 氏 名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>						

注 下の太線の欄には、記入しないでください。

受給者負担額	A	円	支給決定額(A - B + C - 200円)
付加給付額	B	円	
証明手数料	C	円	
			円