

こども医療費支給申請書（償還払分）

次のとおり、広島市長あて申請します。 令和 年 月 日
 また、申請内容に直接影響のない軽微な誤記や明らかな誤字脱字に対する訂正を市が行うことに承諾します。

対象者	公費負担者番号	9	0	3	4	4	0	加入健康保険	保険者番号						
	受給者番号								保険者の名称（保険証発行機関名又は名称）						
	氏名								Tel () -						
	生年月日	平成・令和	年	月	日	被保険者の氏名									
	有効期間	令和	年	月	日	～	令和		年	月	日	記号	番号		
保護者とその方の口座情報	住所							申請内容	1	平成・令和	年	月	・診療日数	回のうち、	回目
	Tel () -								2	平成・令和	年	月	・診療日数	回のうち、	回目
	(フリガナ)								3	平成・令和	年	月	・診療日数	回のうち、	回目
	氏名								4	平成・令和	年	月	・診療日数	回のうち、	回目
	銀行		金融機関コード						5	平成・令和	年	月	・診療日数	回のうち、	回目
	店		店番						申請額□支払金額						
普通・当座		口座番号					円								

診療報酬領収証明書

平成・令和 年 月 診療分										受診者氏名		
保険診療総医療費合計					領収額合計					初診料 算定の有無		
										有・無		
再掲 (内訳)	総医療費(通院1日目) (月 日)		円		領収額(通院1日目) (月 日)		円		有・無		通院・入院	
	総医療費(通院2日目) (月 日)		円		領収額(通院2日目) (月 日)		円		有・無		医科・歯科・調剤・その他()	
	総医療費(通院3日目) (月 日)		円		領収額(通院3日目) (月 日)		円		有・無		診療期間	
	総医療費(通院4日目) (月 日)		円		領収額(通院4日目) (月 日)		円		有・無		平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで	
	総医療費 (通院5日目以降計)		円		領収額 (通院5日目以降計)		円		有(回) 無		診療実日数 日	

上記のとおり証明します。 令和 年 月 日

医療機関名 所在地
 名称
 氏名

注1 この申請書は、医療機関等で現金を支払った場合に使用するものです。

注2 上段申請書欄は、申請者が記入してください。

注3 診療報酬領収証明書欄は、医療機関等で記入してもらってください。なお、「保険給付が行われたことを証明する書類」を添付するときは、記入の必要はありません。

ここから下は記入しないでください。

算出基準	区分	医科外来、歯科外来 (算定パターン①)	医科入院、歯科入院 (算定パターン②)	訪問看護、柔道整復、 アンマ・マッサージ、 ハリ・キュウ (算定パターン③)	調剤、治療用器具
	A・B・C・D・E・F	500・1000・1500	一部負担金なし	一部負担金なし	一部負担金なし
算定方式					自己負担金相当額
					円
					高額療養費
					円
					附加給付額
					円
					こども一部負担金
					円
					支給決定額
					円