

医療費支給申請書（請求書）

《 記入例 》

川北町の条例の規定により医療費の支給を受けたいので申請します。

平成26年4月1日

全体を○で囲んで
ください

住所 川北町字壱ツ屋174番地

申請者氏名 川北 太郎 川北 印

川北町長

この欄には、乳幼児・児童・生徒等医療費受給者証(オレンジ色のカード)の記号番号を必ず記入してください。

※ 対象項目を○で囲んでください。

| | | | | |
|----------------|--|--|---|-------------------------|
| 医療費の種別 | 乳幼児・児童・生徒等 | 身体障害者 | ひとり親 | 寡婦 |
| 受給者証 記号番号 | 01234567 | 保育所、学校等での ケガの有無 | 有 | 無 |
| 診療を受けた 人の名前 | 川北 次郎 | 男 ・女 | 生年月日 | 大正 昭和 平成 26年4月1日生 |
| 保護者氏名 | 川北 太郎 | 保護者との続柄 | 子 | |

医療機関記入欄 (医療費証明書)

| 入院・入院外 | 診療年月 | 診療実日数 | 保険対象 総点数 | 本人負担額 | 病院名 |
|--------|------|--------|-------------|-------|-----|
| 入院・入院外 | 年 月 | 日(~) | 点 | 円 | |
| 入院・入院外 | 年 月 | 日(~) | 点 | 円 | |
| 入院・入院外 | 年 月 | 日(~) | 点 | 円 | |
| 入院・入院外 | 年 月 | 日(~) | 点 | 円 | |
| 入院・入院外 | 年 月 | 日(~) | 点 | 円 | |

上記金額を領収したことを証明します。 平成 年 月 日

患者氏名

医療機関

住所

氏名 印

この欄は、領収書を紛失した場合や領収書に保険点数が記載されていない領収書(レシート等)の場合に医療機関等に証明してもらう欄です。申請者の記載は不要です。

に申請

注意

医療費の申請は、お子様一人につき一枚です。(診療月、病院、薬局等を一緒にしてください)また、領収書はノリ付けせずホッチキスやクリップなどで簡単にとめて申請してください。

| | | |
|-------|-------|-------|
| 診療報酬額 | 保険給付額 | 本人負担額 |
| 円 | 円 | 円 |