

医療機関記載例

子ども医療費助成金請求書

次のとおり支給されるよう請求します。

請求年月日 年 月 日

請求者記入欄	請求者(保護者) 氏名	住所	連絡先 (平日の日中に連絡可能な番号)
	(ふりがな)	住所	(※保護者と同住所の場合記載不要)
	機関コード	口座番号	口座名義人(カタカナ)
	に限る)	支所	

該当区分にレ点をお願いします。
整骨院等の場合は、その他にレ点し、
()内に具体名を記載してください。

「入院時食事療養分」及び「公費負担」については、該当がある場合、金額等の記載をお願いします。

医療機関等記入欄	RO年●月分	入院時食事療養分	食事回数	回	医療機関等の証明 左記の通り相違ないことを証明する。 RO年●月●日 住所 名称 ○○医院 代表者 ○○●●
	区分	<input checked="" type="checkbox"/> 入院外 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 入院 (日) <input type="checkbox"/> その他()	標準負担額	円	
	保険医療費総額	有(円)・ 無	総費用	円	
	保険内負担額	窓口負担	<input type="checkbox"/> 2割 <input checked="" type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> その他()		

市町村記入欄	保険医療費総額	円 …(A)	付加給付額(高額療養費)	円 …(D)
	保険内負担額	円 …(B)	標準負担額	円 …(E)
1	「保険医療費総額」及び「保険内負担額」については、保険外診療分の金額(自費負担分)は含めず、保険内診療分の金額を記載してください。	「該当する負担割合にレ点をお願いします。」	病院印または医療機関担当者の自筆にて署名をお願いします。	支給決定額 (C) - (D) + (E) - (F)
2	(原本)を添付をお願いします。不足分を、付加給付・高額医療費等を添付してください。			円