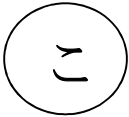


申請者記入欄
医療機関記入欄



熊谷市子ども医療費支給申請書

熊谷市長 宛

請求日付 5 令和 年 月 日

申請者 住所 氏名 (電話 - -)

償還方式 1

受給者番号 フリガナ 氏名 生年月日 4 平成 5 令和 年 月 日生 加入医療保険 保険者番号 世帯主・被保険者組合員の氏名 記号・番号 (枝番) 名称

私が申請する医療費助成金は、資格登録申請書に登録されている口座に振り込むよう依頼します。

領収書

診療年月 入院 外来 診療回数 年 月 1 2 日

県コード 医療機関コード

診療科目 1 内科 2 外科 3 小児科 4 整形外科 5 泌尿器科 6 歯科 7 眼科 8 耳鼻科 9 婦人科 10 その他

保険診療総点数 点 円 他法負担分点数 点 円 保険診療一部負担金 円

入院時食事療養標準負担額は含まない

(お願い) 入院の場合は、下記事項も必ず証明してください。

入院時食事療養標準負担額 円 算定食数 食

令和 年 月 日

所在地 名称 (電話) 氏名

様

- [注] 1 機械で処理を行いますので、数字項目は必ず右づめで記入をお願いします。
2 点数で記入できない場合は、金額で記入してください。(この場合は、必ず円に○)
3 他方負担分点数欄は、結核予防法等公費負担で支払われる額を記入してください。
4 総合病院の場合は、必ず診療科目を記入してください。

※継続療養診療区分療養区分証明区分公費区分計算区分 処理欄 1 2 3 4 11 12 13 1 2 10 20 30 40 50 60 70 99 1 2 3 4 1 2 3 4 総点数 一部負担金 高額療養費 附加給付金 食事療養標準負担額 支給額 () × 10 × / 10 = () - () + () = 令和 年 月 日 通知 令和 年 月 日

※印欄は、記入しないでください。