

**記入例**

医療機関・薬局の件数分必要です。  
領収証の写し(医療点数の記載のもの)と併せて提出して下さい。

様式第4号(第5条関係)

小児等医療費給付申請書

年 月 日

吉備中央町長 様

下記のとおり、医療費の給付を申請します。

なお、受給資格の確認に必要な場合、公簿により私の世帯の所得並びに国民健康保険及び後期高齢者医療制度の加入状況を確認されることを承諾します。

申請者氏名	吉備 太郎			受給資格者との続柄	父		
申請者住所	〒 716 — 1192 加賀郡吉備中央町豊野 1-2			TEL 0866 ( 54 ) 1326			
受給資格者	フリガナ	キビ ハナコ		受給資格者の生年月日	平成 ○年 ○月 ○日		
	氏名	吉備 花子					
	加入保険者名(会社名)	吉備中央町	保険記号	岡81	単県公費受給資格者番号		
			番号	12345			

診療(調剤)報酬・訪問看護療養費領収証明書					医 歯 薬 訪		
年 月 分		保険者番号			給付割合		987( )
被保険者番号							
入外区分	公費区分	公費番号	診療日数	請求点数(全額)	一部負担金額	患者窓口負担額(保険分)	
入院外来	保険		日	点・円	円	円	
	公費①		日	点・円	円		
	公費②		日	点・円	円		
	公費③		日	点・円	円		
フリガナ患者氏名			男 女	医療機関(薬局・訪問看護ステーション)の所在地・名称・氏名	医療機関等コード( )		

口座番号	金融機関の名称	( 〇〇〇 ) 銀行・信用金庫・農協( △△△ ) 本店・支店・支所								
	口座種別と	普通	預金	口座番号						
	口座番号	当座		9	8	7	6	5	4	3
	フリガナ	キビ タロウ								
	名義人	吉備 太郎								

市町村記入欄※	診療年月				受給資格者番号			
	医療機関等コード				入外			
	加入保険者番号				被保険者番号			
	決定点数(金額)							
	性別	生年月日				日数	給付割合	
	総医療費(A)	窓口負担額(B)	高額療養費自己負担限度額(C)	他法公費自己負担額(月額)(D)	単県公費一部負担額(月額)(E)	単県公費償還給付額(F)		
				公費番号	外来・合算			
		円	円	円	円	円	円	
	決裁	課長	課長補佐	主幹	主査	係	システム入力	支出命令
							月 日	月 日