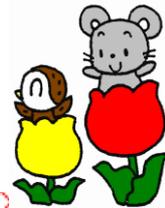


- 1 この医療費支給申請書は、外来の他に入院したり総合病院で異なる診療科目を受診した場合、各々1枚ずつ提出してください。
- 2 三郷市内の医療機関等で受診するかたは、必ずこの医療費支給申請書を医療機関等の窓口提出してください。
- 3 市外の医療機関等で受診するかたは、医療機関等に記入を依頼するか、又は医療機関等の発行する①受診者名②保険点数の分かる一部負担金の領収書を添付して、三郷市長に申請してください。
- 4 入院時食事療養費や保険診療以外の健康診断料、雑費（薬のびん代、差額ベット代等）は、支給対象となりません。



ダウンロードして使用されるときは、
このページは省略できます。



三郷市子ども医療費請求書(現物・連記用)

請求日 年 月 日

三郷市長 あて

(医療機関等)

所在地

名称

電話

氏名

印

県コード		医療機関コード					
1	1						

下記のとおり子ども医療費を請求します。

	受給資格証番号 (7ケタ)	子ども名	生年月日	診療年月		入院 外 来 日 数	保険診療総点数	他法負担 点数	保険診療一部負担金 (円)	請求 ページ
				年	月					
1				22	3	1②				
2				22	3	1②				
3				22	3	1②				
4				22	3	1②				
5				22	3	1②				
6				22	3	1②				
7				22	3	1②				
8				22	3	1②				
9				22	3	1②				
10				22	3	1②				
小計		件		(入院件数)			/			
				(外来件数)						
合計		件		(入院件数)			/			
				(外来件数)						

- (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して下さい。
 2 入院又は外来の該当番号に○印をつけて下さい。
 3 他法負担点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入して下さい。
 4 請求受付は、診療月の翌月1日から15日までとなり、診療翌々月の20日振込になります。
 なお、16日以降の請求は、1月遅れの振込になります。

H22 版

子ども医療費請求書(現物・連記用)

請求日 年 月 日

三郷市長 へ

埼玉県

医師は □

(医療機関等)

所在地 三郷市花和田648-1
 名称 三郷市役所医院
 電話 048-953-1114
 氏名 三郷 太郎 印

医療機関コード、所在地等は、2枚目以降の用紙にも記入願います。

県コード		医療機関コード						
1	1	1	1	1	1	1	1	1

下記のとおり乳幼児医療費を請求します。

請求金額は1枚目のみ記入願います。

No.	資格証番号 (7ケタ)	乳幼児名	生年月日	診療年月		入院 外来	日数	保険診療総点数 ここまで点数で記入	保険診療 一部負担金		請求
				年	月				円	角	
1	0554683	一郷 一郎	180807	19	11	①	2	1006	2010	円	0
2	0521872	ミサト イチコ	181202	19	12	②	1	935	1870	円	0
3	0532383	二郷 二郎	160603	20	01	②	1	1003	3010	円	0
4	0543494	ミサト フタコ	130604	20	02	②	1	588	1760	円	0
5	0564515	三郷 三郎	150605	20	03	②	1	588	1760	円	0
6	0565626	ミサト サンコ	160606	20	04	②	1	1003	3010	円	0
7	0576737	四郷 四郎	150607	20	05	②	1	1003	3010	円	0
8	0587848	ミサト ヨンコ	160608	20	06	②	1	1003	3010	円	0
9	0598959	五郷 五郎	180609	20	07	②	1	1006	2010	円	0
10	0123456	ミサト ゴコ	180610	20	08	②	1	2015	4020	円	0
小計		10件			(入院件数)	1					
					(外来件数)	9					
合計		18件			(入院件数)	1					
					(外来件数)	17					
									25470	円	
									38680	円	

「乳幼児名」は漢字またはカタカナで記入願います。

小計は2枚目以降の用紙にも記入願います。

合計金額は1枚目のみ。上の請求金額と同一金額となります。

- (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して下さい。
 2 入院又は外来の該当番号に○印をつけて下さい。
 3 他法負担点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入して下さい。
 4 高額療養費該当の場合、一部負担金の額は高額療養費を除いた額となります。
 5 請求受付は、診療月の翌月1日から15日までとなり、診療翌々月の20日振込になります。
 なお、16日以降の請求は、1月遅れの振込になります。

「医」は「1」を、歯科は「3」を、薬局は「4」を記入願います。

「保険診療一部負担金額」は
 (乳幼児の場合) 保険診療総点数 × 2
 (小1年～中3年の場合) 保険診療総点数 × 3
 で計算した額を記入願います。

様式第5号 (第6条関係) 記載見本

受付
番号

子ども医療費請求書(現物・連記用)

三郷市長 へ

請求年月 平成19年12月13日

(医療機関等所在地) 三郷市花...

名称 三郷市役所

電話 048-953-

氏名 三郷 太郎

医療機関
コード、所
在地等は、
2枚目以
降の用紙
にも記入

下記のとおり請求金額を請求します。

請求金額
は1枚目
のみ記入
願います。

請求金額 3 8 6 8 0 円

請求ページ 0 1

資格証番号 (7ケタ)	子ども名 生年月日	診療年月 年 月	入院 外来	日数	保険診療総点数 ここまで点数で記入	他法負担 分点数	保険診療 一部負担金
10554683	一郷 一郎 180807	1911	① 2	01	1006		2010
20521872	ミサト イテコ 181202	1911	② 1	01	935		1870
30532383	二郷 二郎 160603	1911	② 1	01	1003		3010
40543494	ミサト フタコ 130604	1911	② 1	01	588		1760
50554515	三郷 三郎 150605	1911	② 1	01	588		1760
60565626	ミサト サンコ 160606	1911	② 1	01	1003		3010
70576737	四郷 四郎 150607	1911	② 1	01	1003		3010
80587848	ミサト ヨンコ 160608	1911	② 1	01	1003		3010
90598959	五郷 五郎 180609	1911	② 1	01	1006		2010
100123456	ミサト ココ 180610	1911	② 1	01	3015		4020
小 計	10件	入院件数 1件 外来件数 9件					25470
合 計	18件	入院件数 1件 外来件数 17件					38680

「子ども名」は
漢字またはカ
タカナで記入

合計金額
は1枚目
のみ。
上の請求
金額と同一

小計は2枚
目以降の用
紙にも記入
願います。

- (注) 1 機械で処理を行いますので、数字項目は必ず右つめて記入して下さい。
 2 入院又は外来の該当番号に○印をつけて下さい。
 3 他法負担分点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入して下さい。
 4 高額療養費該当の場合、一部負担金の額は高額療養費を除いた額となります。
 5 請求受付は、診療月の翌月1日から15日までとなり、診療翌々月の20日振込になります。
 なお、16日以降の請求は、1月遅れの振込になります。