

乳幼児等医療費給付金申請書

<input type="checkbox"/> 口座振替 <input type="checkbox"/> 指定欄	金融機関名 <input type="checkbox"/> 口座番号 <input type="checkbox"/> 口座名義人
---	--

平成 年 月分を次のとおり申請します。

平成 年 月 日

町村長 様

医療機関コード

医療機関等
の住所名称

申請 (医療機関等で記入する欄)

氏 名

㊦

区 分	件数	初 診	診 療 報 酬 請 求 総 点 数	医 療 費	取 扱 手 数 料
申 請 額	入 院	件	回	点	円
	入院外				
	計				

更正理由

- (1. 該当者なし 2. 計算誤り 3. 重複請求 4. 資格満了後受診
5. その他 6. 医療機関と協議)

更 正 (町村で記入する欄)

コ ー ド

更 正 内 訳	受給者証 番 号	患 者 氏 名	診 療 区 分	初 診 回 数	診 療 報 酬 請 求 総 点 数	医 療 費	取 扱 手 数 料	更 正 理 由	備 考
更 正 内 訳			入外	回	点	円	円		
			入外						
			入外						
			入外						
			入外						
			入外						
差引計	入 院		件						
	入院外		件						

決 定 (町村で記入する欄)

区 分	件数	初 診	診 療 報 酬 請 求 総 点 数	医 療 費	取 扱 手 数 料
決 定 額	入 院	件	回	点	円
	入院外				
	計				

乳幼児等医療費給付金交付決定通知書

医療機関等の住所名称	
氏 名	様

平成 年 月 日

町村長



平成 年 月申請分について、次のとおり決定したので通知します。

申 請

区 分	件数	初 診	診 療 報 酬 請 求 総 点 数	医 療 費	取 扱 手 数 料
申 請 額	入院	件 回	点	円	円
	入院外				
	計				

更 正

更正理由
コード (1. 該当者なし 2. 計算誤り 3. 重複請求 4. 資格満了後受診)
(5. その他 6. 医療機関と協議)

受給者証 番号	患 者 氏 名	診 療 区 分	初 診 回 数	診 療 報 酬 請 求 総 点 数	医 療 費	取 扱 手 数 料	更 正 理 由	備 考
更 正 内 訳		入外	回	点	円	円		
		入外						
		入外						
		入外						
		入外						
		入外						
	差引計	入院	件					
	入院外	件						

決 定

区 分	件数	初 診	診 療 報 酬 請 求 総 点 数	医 療 費	取 扱 手 数 料
決 定 額	入院	件 回	点	円	円
	入院外				
	計				

