

医療費領収書

入院 入院外

(患者の氏名) _____ 様

領収額 _____ 円

ただし、

(1) 保険診療の総点数および自己負担額 _____ 点 _____ 円

年 月 日 ~ 年 月 日 _____ 日間

(うち入院月日 月 日 ~ 月 日)

(2) 入院時食事療養標準負担額 _____ 円

・内 訳・

一日当たりの標準負担額 _____ 円 × 食事回数 _____ 回

上記の通り領収しました。

年 月 日

< 医療機関 >

所在地

名 称

氏 名

印

医療証が送られてくる前に病院等医療機関にかかった場合や、
医療証が使えない医療機関にかかった場合

医療機関で領収書をもらい、医療証が届いてから、子ども家庭課家庭福祉係に申請して下さい。保険診療分をもとにした公費負担分がもどります。

(領収書がない場合は医療機関でこの用紙に記入してもらってください。)

☆持ってくるもの☆

- ・ 印かん (朱肉使用のもの)
- ・ 領収書
- ・ 医療証, 健康保険証
- ・ 申請者名義の銀行口座がわかるもの