様式3号

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0才～4才未満児用 | |  | | | |
| 診療費領収明細書  　　　　　年　　　月　　　日～　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | |
| 乳幼児･子ども  氏名 |  | | 生年月日 |  | |
| 保護者氏名 |  | | 被保険者証  記号番号 |  | |
|  | | 診療実日数 | 入院･入院外･歯科の別 | | |
|  | 入院 | 入院外 | 歯科 |
| 診療報酬請求点数　　　　　計　　　　　　　　　　　　点  一部負担金額　　　　　　　￥　　　　　　　　　　　　円  上記のとおり診療費一部負担金を領収しました  年 　　　月　　　　日  医療機関所在地  名称  開設者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | |
| 乳幼児･子ども医療費等給付申請書  給付申請額　　　　　　　　金　　　　　　　　　　　　円也  上記明細書のとおり診療費の一部を負担しましたので産山村医療費給付条例による給付を受けたく申請します。  　　　　　年　　　　月　　　　日  申請者住所　　　阿蘇郡産山村大字  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  産山村長　　　　　　　　　　　　様 | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 4才～7才未満児用 | |  | | | |
| 診療費領収明細書  　　　　　年　　　月　　　日～　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | |
| 乳幼児･子ども  氏名 |  | | 生年月日 |  | |
| 保護者氏名 |  | | 被保険者証  記号番号 |  | |
|  | | 診療実日数 | 入院･入院外･歯科の別 | | |
|  | 入院 | 入院外 | 歯科 |
| 診療報酬請求点数　　　　　計　　　　　　　　　　　　点  一部負担金額　　　　　　　￥　　　　　　　　　　　　円  上記のとおり診療費一部負担金を領収しました  年 　　　月　　　　日  医療機関所在地  名称  開設者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | |
| 乳幼児･子ども医療費等給付申請書  給付申請額　　　　　　　　金　　　　　　　　　　　　円也  上記明細書のとおり診療費の一部を負担しましたので産山村医療費給付条例による給付を受けたく申請します。  　　　　　年　　　　月　　　　日  申請者住所　　　阿蘇郡産山村大字  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  産山村長　　　　　　　　　　　　様 | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 7才～15才用 | |  | | | |
| 診療費領収明細書  　　　　　年　　　月　　　日～　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | |
| 乳幼児･子ども  氏名 |  | | 生年月日 |  | |
| 保護者氏名 |  | | 被保険者証  記号番号 |  | |
|  | | 診療実日数 | 入院･入院外･歯科の別 | | |
|  | 入院 | 入院外 | 歯科 |
| 診療報酬請求点数　　　　　計　　　　　　　　　　　　点  一部負担金額　　　　　　　￥　　　　　　　　　　　　円  上記のとおり診療費一部負担金を領収しました  年 　　　月　　　　日  医療機関所在地  名称  開設者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | |
| 乳幼児･子ども医療費等給付申請書  給付申請額　　　　　　　　金　　　　　　　　　　　　円也  上記明細書のとおり診療費の一部を負担しましたので産山村医療費給付条例による給付を受けたく申請します。  　　　　　年　　　　月　　　　日  申請者住所　　　阿蘇郡産山村大字  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  産山村長　　　　　　　　　　　　様 | | | | | |