



# 小児医療費支給申請入力票

		17			
		21	22	24	26
		5			
郵便番号	28	31			
申請者住所	35				
	85				
氏名	135				
電話	175		( )		父・母・その他 ( )

受給者番号	191					被保険者番号	198														
対象小児氏名	206										保険者番号	246									
生年月日	254	4	5																		
入外区分	261					1					2										
給付事由	262																				
	1			2			3			4			5								
診療期間	263	4	264	266	268	日	から	270	4	271	273	275	日	まで							
診療実日数	277					日															
申請金額 (支払った一部負担金)											右詰め)	283					円				
窓口払 (1を記入)	290					291					店舗コード	295									
口座種目	298					1					2					口座番号 (右詰め6桁又は7桁)	299				
口座名義人 (カタカナ)	306																				

保険点数	327					点							
自己負担額①	334					円	医療費対象額(①-②-③)	355					円
高額療養費②	341					円	一部負担金	362					円
保険給付金③	348					円	総支給金額	369					円

377	1	・	2		
378	1	・	2	・	3

1 : 市国保 2 : 市国保以外  
1 : 乳児 2 : 幼児 3 : 児童