

記入例

受給者番号

3 3 3

子ども医療費支給申請書

R ○ 年 ○ 月 ○ 日

長久手市長 殿

自己負担額が21,000円を超える場合は
ご加入の保険者に高額療養費の該当であるか確認する
必要があります。

【該当】の場合は、保険者から高額療養費のお戻しを
受けた証明書の原本も添付してください。
【非該当】の場合は、申請書の右下に非該当の旨を
記入してください。

480 - 1196

所 長久手市 岩作城の内60-1

者 氏名 ① 保険 太郎

話 0561 (56) 0617

フリガナ

ホケ

子ども氏名

保険

子ども医療費受給者証（黄色・はがきサイズ）の
受給者欄に記載がされている方の情報を記入して下さい

被保険者

保険 太郎

記 号 番 号

(記号) 123

(番号) 456

保険者名

〇〇健康保険組合

保険者番号

01230123

附 加 給 付

有 ・ 無

傷 病 名

風邪

通
院
区
分入 院
・
入 院 外

療 養 期 間

令和○ 年 ○ 月 ○ 日から

令和○ 年 ○ 月 ○ 日まで

医
療
等
の
状
況

医 療 機 関

申 請 理 由

医療機関に受診した理由をご記入下さい。

金 融 機 関 名

支 店 名

種 別

〇〇銀行

〇〇支店

普通

支 払 方 法

口 座 番 号

口 座 名 義 人

0 1 2 3 4 5 6

(カタカナで記入してください)

②ホケン ハナコ

医 療 費 総 額

自 己 負 担 額

高額療養費又は附加給付金

支 給 申 請 額

円

円

円

円

(注) 医療機関の領収書を添付してください。

【受給者と振込口座名義が違う場合】

私 保険 太郎 は、長女 保険 花子 の口座に振り込む事を希望します。

(受給者氏名)

(続柄・口座名義人氏名)

①と②が違う場合はこちらもご記入ください

受 付

受 付 内 容
確 認入 力
確 認