

受給者番号	333
-------	-----

子ども医療費支給申請書

R 年 月 日

長久手市長 殿

〒 ー
住 所 長久手市

受給者 氏名

電 話 ()

..... 下記のとおり子ども医療費の支給を申請します。

フリガナ				生年月日	
子ども氏名					
被保険者	記号番号		(記号)	
			(番号)		
保険者名					
保険者番号				附加給付	有 ・ 無
医療等の状況	傷病名	通院区分	入院・入院外	療養期間	年 月 日から 年 月 日まで
	医療機関	名 称			
	申請理由	1 医療保険において療養費等が支給されたため 2 県外受診のため 3 その他 ()			
支払方法	金融機関名		支店名		種別
	口座番号			口座名義人	
				(カタカナで記入してください)	
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】

対象区分【県単・市単】

私 _____ は、 _____ 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)

受付		受付内容 確認		入力 確認	
----	--	------------	--	----------	--