

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				
子ども氏名			生年月日	
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
	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	
	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
円		円		円
				支 給 申 請 額
				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	
-----	--	-------------	--	------------	--