

子ども医療費支給申請書

年 月 日

大川市長 様

申請者 住所

氏名

TEL ()

次のとおり、（一部負担金・療養費）を支払いましたので、子ども医療費の支給を申請します。

受給者番号	世帯主	
氏名	続柄： 性別：	個人：
住所	TEL	
被保険者氏名	個人： 性別：	
住所	TEL	
保険者番号	記号	番号
種別	保険有効日	
保険者	保険喪失日	

傷病名				
	療養期間	年 月 日から 年 月 日まで	給付の種類	1. 医 科 2. 歯 科 3. 調 剤 4. そ の 他

医療機関	<input type="checkbox"/> 領収書のとおり 所在地 名称
------	---

申請理由 〔該当番号を〕 〔○で囲む〕	1. 医療保険各法による療養費が支給された 2. 県外の保険医療機関等で受診した 3. その他 ()
---------------------------	---

療養に要した費用	○医療費総額 _____ 円	○申請額 _____ 円
----------	----------------	--------------

保険者負担	一部負担金	高額療養費	他法負担	自己負担額	端数調整	支給決定額

振込先	金融機関名		
	口座番号	フリガナ	口座名義人