

子ども医療費支給申請書

年 月 日

(あて先)
御宿町長

申請者 住 所
氏 名 (印)
個人番号
TEL ()

次のとおり、一部負担金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		保護者氏名 個人番号	
子ども氏名 個人番号	続柄： 性別：	年 月 日生まれ	
住 所			
被保険者氏名 個人番号	性別：	年 月 日生まれ	
住 所			
保険者番号	記 号	番 号	
種 別			保険有効日
保 険 者	名 称		保険喪失日
	所在地		
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 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

振 込 先	金融機関名			
	口座種別・ 番号	普通 当座	フリガナ	
			口座名義人	

(注) 1 申請時に次の書類等を持参してください。

受給券、被保険者証、領収書（又は計算書）、個人番号・振込口座の確認できるもの、他の制度で給付を受けた場合はその証明書、印鑑

2 証明手数料は100円を限度とし、町が負担します。

※処理欄

番号確認	番号力・通知力・住民票・他()
身分確認	(1点)番号力・免・旅券・他()
	(2点)通知力・保・他()