

子ども医療費支給申請書

				年	月	日
中間市長様						
〒						
申請者 住所						
氏名						
電話番号						
次のとおり、(一部負担金・療養費)を支払いましたので、中間市子ども医療費の支給に関する条例施行規則第8条第1項の規定により、子ども医療費の支給を申請します。						
子ども医療証の受給者番号				被保険者証等の記号・番号	記号	番号
受給者氏名				被保険者・組合員世帯主、氏名		
受給者生年月日	年	月	日		歳	
個人番号				個人番号		
傷病名						
療養期間	年 月 日から			年 月 日まで		
医療機関	所在地 名称					入院 外来 その他
医療費総額	円		申請額	円		
申請理由	1. 医療保険各法による療養費が支給された。 2. 県外の医療機関で受診した。 3. その他 ()					

総医療費	保険者負担額	療養費支給額	その他の負担額	備考
円	負担割合	割	患者負担金	
			()	
		計	計	
	円	円	円	

支払方法 1. 窓口払い 2. 口座振替	振込先	銀行				支店	フリガナ
		金融機関コード		店番号			
		当・普	口座番号			名義人	