

儿童医疗费支付申请书

此处填写提交日期、家长的地址、姓名和电话号码

平成△△年××月○○日

敬致 常滑市长

地址 常滑市××町○○-○

申请人 姓名 常滑 太郎

电话 △△△△-○○-××××

根据常滑市儿童医疗费支付条例施行规则第5条的规定, 申请支付以下的儿童医疗费。

此处填写就诊儿童的地址、姓名及出生年月

儿童信息	接受支付者编号		所加入的医疗保险	保险证的记号与编号	1 2 3 4 5 · 6 7
	地址	常滑市××町○○-○		被保险人的姓名	常滑 太郎
	姓名	常滑 一郎		保险人	○○健康保险组合
	出生年月	平成△△年○○月××日		附加支付的状况	有 · 无
就诊月份	△△年○○月就诊		就诊区分	入 · 外	
医疗机构名称	所在地				
医疗费总额	日元				
申请额	日元				
接受汇款转账的金融机构	金融机构	○○○	银行·信组 农协·信金	△△△	支店
	银行账号	普·当	××××××××	片假名注音	トコナメ タロウ
				户主	常滑 太郎
备注	如果是ゆうちょ银行, 填写银行账号时, 请填写5位数的记号号码和8位数的编号。				
※ 确认办法	1 前台确认 (月 日) 2 联系保险人 (月 日) 回答 (月 日) 3 决定通知书 (月 日)				

此处填写儿童健康保险证的相关信息

请填写接受汇款转账的金融机构的相关信息

印有“※”的项目栏, 无需填写。