

子ども医療費支給申請書

年 月 日

常滑市長 殿

住 所

申請者 氏 名

電 話

常滑市子ども医療費支給条例施行規則第5条の規定により、子ども医療費の支給について次のとおり申請します。

子 ど も	受給者番号		加 入 医 療 保 険	保険証の 記号番号		
	住 所			被保険者 氏 名		
	氏 名			保 険 者		
	生年月日	年 月 日		付加給付 の 状 況	有 ・ 無	
診 療 月	年 月 診療分		通 院 区 分	入 ・ 外		
医 療 機 関	所在地 名 称					
医 療 費 総 額						円
申 請 額						円
振 込 先	金融機関	銀行・信組 農協・信金				支店
	口座番号	普・当	刀ガナ			
			名義人			
備 考						
※ 確 認 方 法	1 レセプトにて確認 (月 日)					
	2 保険者へ照会 (月 日) 回答 (月 日)					
	3 決定通知書 (月 日)					

※印の欄は、記入しないでください。