

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	所在地 名 称	此处填写儿童健康保险证的相关信息			
医 疗 费 总 额		日元			
申 请 额		请填写接受汇款转账的金融机构的相关信息 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	
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)				

印有“※”的项目栏, 无需填写。