

子ども医療費支給申請書

提出日、保護者の住所・氏名・電話番号

△△年××月〇〇日

常滑市長 殿

申請者

住所 常滑市××町〇〇-〇

氏名 常滑 太郎

電話 △△△△-〇〇-××××

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。

受診されたお子様の住所・氏名・生年月日

子ども	受給者番号		保険証の記号番号	12345・67
	住所	常滑市××町〇〇-〇	被保険者氏名	常滑 太郎
	氏名	常滑 一郎	保険者	〇〇健康保険組合
	生年月日	△△年〇〇月××日	付加給付の状況	有・無
診療月	△△年〇〇月診療分	加入医療保険	通院区分	入・外
医療機関	所在地 名称	お子様健康保険証の内容		
医療費総額		円		
申請額		円		
振込先	金融機関	〇〇〇	銀行・信組 農協・信金	△△△ 支店
	口座番号	普・当 ××××××××	フリガナ	トコナメ タロウ
備考		名義人 常滑 太郎		
※確認方法	ゆうちょ銀行の場合、口座番号は記号5ケタと番号8ケタを記入			
	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。