

記入箇所と記入

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○○日

常滑市長 殿

申請者

住 所 常滑市××町○○-○

氏 名 常滑 太郎

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。

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		記号番号 被保険者 氏 名 保 險 者 付 加 給 付 の 状 況	12345・67
	住 所	常滑市××町○○-○		常滑 太郎
	氏 名	常滑 一郎		○○健康保険組合
	生年月日	△△年××月○○日		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

お子様の加入保険情報の内容

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 名義人	トコナメ タロウ 常滑 太郎

備考 ゆうちょ銀行の場合、口座番号は記号5ヶタと番号8ヶタを記入

- ※ 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。