

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		加入 医療 保険	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××月〇〇日		付加給付の状況	有 ・ 無
診 療 月	△△年〇〇月診療分		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	振込先金融機関を記入				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	××××××××	フリガナ	トコナメ タロウ	
		普 当	名義人	常滑 太郎	
備 考	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				
※ 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。