

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。