

子ども医療費支給申請書

勝 浦 市 長 様

年 月 日

保護者	住所
	氏名 印
	電話

次のとおり医療費の支給を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

申請者記入欄	受給者番号		フリガナ		性別		
			氏 名		男・女		
	生年月日	年 月 日	保護者との続柄				
	被保険者証 発行機関	名称		保険者番号			
		所在地		記 号 番 号			
		電 話		附 加 給 付	有 ・ 無		
	支払い方法	1. 窓口受取 2. 口座振込(振込先を下欄に記入して下さい。)					
振り込み先	普通	銀行	支店	フリガナ			
	当座	口座番号		名 義 人			
	※過去に申請されたことのある方につきましては記入の必要はありません。						
医療機関等証明欄	年 月 診療分						
	診療年月日	年 月 日 ～ 年 月 日					
	診療実日数	入院・外来の別		日	調 剤 回		
	国保	保険請求総点数	点	点			
		公費負担総点数	有・無	点	点		
	社保	保険請求総点数	点	点			
		公費負担総点数	有・無	点	点		
	保険診療自己負担額		円	円			
	入院時食事療養費の標準負担額		円 (円 × 日)				
				証明経費	円		
	上記のとおり証明します。						
	年 月 日						
所在地							
医療機関等 名称							
氏名 印							
市審査欄	請求点数	公費負担分	給付率	決定額	附加給付額等	証明経費	支給額
	点	点	割	円	円	円	円
	課 長 係長 係						