

子ども医療費支給申請書

令和 年 月 日

あま市長様

愛知県あま市
住所

申請者

氏名

電話 () -

次のとおり子ども医療費の支給を申請します。

受給者番号		保険者名	
フリガナ		被保険者証の 記号番号	記号 番号
子ども氏名			
生年月日	年 月 日	通院区分	入院・入院外
傷病名		療養期間	年 月 日から 年 月 日まで
医療機関	所在地		
	名称		
医療費総額	円		
申請額	円		
申請事由	1 医療保険において療養費等が支給された。 2 県外で医療等を受け入れた。 3 その他 ()		
振込先	金融機関名	支店名	口座種別・番号
			口座名義人(カナ)
備考			

(注) 医療機関の領収書等を添えてください。

受付

処理