

40

科
歯

子ども医療費助成申請書

40
医
科

令和 年 月 日

高島市長

申請者 住所 _____
氏名 _____
電話番号 ()

子ども医療費助成条例施行規則第8条の規定により、子ども福祉医療費の助成をされたく申請します。

助成申請額	金 円
受診年月	年 月 日 から (入院・通院) 年 月 日 まで
受給券	(福祉番号) <input type="checkbox"/> 40259129 受給者番号 <input type="text"/>
助成対象者氏名	[生年月日] 平成 年 月 日生
保険者名	[種別] <input type="checkbox"/> 国民健康保険 (自市・他市町) <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 国保組合

受診日	医療機関名/調剤薬局名	診療区分	保険点数	支払金額	自己負担	給付/高額	償還金額
・		入・外	点	円	円	円	円
・		入・外	点	円	円	円	円
・		入・外	点	円	円	円	円
・		入・外	点	円	円	円	円
・		入・外	点	円	円	円	円

支払決定額 ※ 円

〔払渡希望機関の名称〕

金融機関名	銀行・農協 信用金庫	支店名	支店・本店 出張所
預金種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人	← 左記の口座名義人が上記の申請者と異なる場合は 下段の受領委任が必要です。		

私は、上記の口座名義人を代理人と定め、本請求による給付の受領に関する権限を委任します。

令和 年 月 日 申請者 _____

※印欄は記入しないでください。