

受給者番号											
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### 子ども医療費支給申請書

令和 年 月 日

犬山市長様

住所

申請者氏名

電話番号（ - - ）

下記のとおり関係書類を添えて申請します。

受給者	住所											
	氏名								申請者との続柄			
	個人番号											
子ども	フリガナ						生年月日	平成	年	月	日	
	氏名							令和				
	個人番号											
被保険者証の記号番号	記号						番号					
保険者名	国民健康保険・国民健康保険組合 全国健康保険協会・健康保険組合 共済組合・（ ）											
	支部											
保険者番号												
医療費総額						円	（ 年 月診療分：入院・入院外 ）					
申請額						円						
口座振込先記入欄（1、2のいずれかに○をつけてください。2の場合は金融機関名等をご記入ください。）												
1	前回と同じ口座に振込み	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 （ ）									本店
2	新規登録・口座変更 （いずれかに○をつけてください。）											支店
口座番号等						フリガナ						
普通口座 （ ）						口座名義						

※この欄は記入不要です

医療費総額①	保険給付費②	附加給付金③	高額療養費④			一部負担金⑤		支給決定額①-②-③-④-⑤
			多数該当	円	円	円	円	
			世帯合算					
			課税 非課税					
【助成区分】		【診療科】					受付印	
<input type="checkbox"/> 全額助成	医科・歯科・調剤・柔整・訪問看護					受付		
<input type="checkbox"/> 2/3助成	【申請理由】							
【療養期間】		<input type="checkbox"/> 医療保険の給付 <input type="checkbox"/> 県外で受診 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
年 月 日から								
年 月 日まで	計	日						