

受給者番号	3	1	6						
-------	---	---	---	--	--	--	--	--	--

子ども医療費支給申請書

令和 年 月 日

犬山市長

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	年	月	日
	個人番号									
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 支店							
2	新規登録・口座変更 (いずれかに○をつけてください。)									
口座番号等			フリガナ							
普通 当 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)
円	円	円	多数該当	円	円	円
			世帯合算			
			課税			
			非課税			円
【助成区分】 <input type="checkbox"/> 全額助成 <input type="checkbox"/> 2/3助成			【診療科】 医科・歯科・調剤・柔整・訪問看護			受 付 印
【療養期間】 年 月 日から 年 月 日まで 計 日			【申請理由】 <input type="checkbox"/> 医療保険の給付 <input type="checkbox"/> 県外で受診 <input type="checkbox"/> その他 ()			受 付