様式第４（第５条関係）

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

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 令和　　年　　月　　日	
	氏名				
	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　　本店 信用組合 協同組合　　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 世帯合算 課税 非課税	円	入院 入院外	円	円

【助成区分】
□　全額助成
□　2/3助成

【療養期間】
年　月　日から
年　月　日まで　計　日

【診療科】
医科・歯科・調剤・柔整・訪問看護

【申請理由】
□　医療保険の給付
□　県外で受診
□　その他（　　）

受付印	
受付	