様式第４（第６条関係）

受給者番号	8	1	6				

母子父子家庭医療費支給申請書

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			申請者との続柄	
	氏　名		生年月日	昭和・平成・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　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

【療養期間】
年　月　日から
年　月　日まで　計　日

【申請理由】
□　医療保険の給付
□　県外で受診
□　その他（　　）

【診療科】
医科・歯科・調剤・柔整・訪問看護

受付印	
受付	