

子ども医療費支給申請書

年 月 日

宮若市長 殿

申請者 住所 宮若市

氏名

電話

次のとおり、(一部負担金・療養費)を支払いましたので、子ども医療費の支給を申請します。

児童医療証 の受給者番号		被保険者証等の 記号・番号	
対象者氏名	平成 年 月 日(歳)	世帯主、 被保険者等 氏名	
傷病名	療養期間 年 月 日から 年 月 日まで		入院・外来
医療機関	所在地 名称		
医療費 総額	円	申請額	円
申請理由 該当する番号 を○で囲む	1 医療保険各法による療養費が支給された 2 県外の医療機関等で受診した 3 その他 ()		
振込先	銀行・金庫・農協	支店 番・当 No.	名義人(カナ)