

子ども医療費支給申請書

年 月 日

芦屋町長 様

申請者 住所 芦屋町

氏名

電話番号

次の通り、(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。

子ども医療証の 受給者番号		被保険者 の記号・番号	国保・社保()
受給者氏名		世帯主、被保険者 ・組合員 氏名	
個人番号		個人番号	
傷病名	療養期間 年 月 日 から 年 月 日まで		
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()		

銀行口座に振込を希望される方は下記にご記入ください。

名義人	銀行名	種類	口座番号
カナ 氏名	銀行	普	
	信金 農協		
	支店	当	

	医療費総額	保険者負担	他法負担額	調整額	給付外の額 (町独自)	支給済額 (県補助)
医科	円	円	円	円	円	円
調剤	円	円	円	円	円	円
合計	円	円	円	円	円	円