

記入例

子ども医療費支給申請書

令和〇年〇月〇日

江南市長

申請者住所

江南市赤童子町大堀〇〇番地

受給資格者の住所・氏名等を
記入してください。

氏名

江南 太郎

下記のとおり申請します。

電話

0587-54-1111

受給者番号	318 - 123456		加入医療保険	保険者名		
子ども	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ		被保険者名		
	氏名	江南 花子		付加給付	有・無	
生年月日	平成(令和)〇年〇月〇日					
傷病名						
医療機関	所在地	江南市布袋町××番地				
	名称	△△病院	内科・小児科・外科・整形・皮膚科 耳鼻咽喉科・眼科・歯科・調剤薬局			
医療を受けた 期間	令和 年 月 日から	日間		<input type="checkbox"/> 入院		
	令和 年 月 日まで			<input type="checkbox"/> 入院外		
申請理由	<input type="checkbox"/> 県外受診					
	<input type="checkbox"/> 補装具					
	<input type="checkbox"/> その他					
備考	振込先口座の内容を記入してください。 受給資格者名義以外の口座へ振り込む場合は、委任状が必要です。					
振込口座	金融機関	△△△	銀行 信用金庫 農協	口座 番号	普通 6543210	口座 名義 (カタカナ) コウナン タロウ
		〇〇〇	支店			

金融機関番号 () 店舗番号 ()

※下記の欄は記入しないでください。

医療費総額	助成割合	助成算出額	不払い額	高額療養費、 付加給付金	支給決定額
円	割	円	円	円	円

補装具 申請内容確認

-
- 学校でのケガ
-
-
- 学校以外

入 力	確 認
--------	--------

子ども医療費支給申請書

令和 年 月 日

江南市長

申請者住所

氏名

下記のとおり申請します。

電話

受給者番号		3 1 8 -		加入医療保険	保険者名	
子ども	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			被保険者名	
	氏名				付加給付	有・無
	生年月日	平成・令和	年 月 日			
傷病名						
医療機関		所在地				
		名称 内科・小児科・外科・整形・皮膚科 耳鼻咽喉科・眼科・歯科・調剤薬局				
医療を受けた期間		令和 年 月 日から			日間	<input type="checkbox"/> 入院
		令和 年 月 日まで				<input type="checkbox"/> 入院外
申請理由		<input type="checkbox"/> 県外受診				
		<input type="checkbox"/> 補装具				
		<input type="checkbox"/> その他				
備考						
振込口座		金融機関	銀行	口座番号	普通	口座名義
			信用金庫			
			農協			(カタカナ)
			支店			

金融機関番号 () 店舗番号 ()

※下記の欄は記入しないでください。

医療費総額	助成割合	助成算出額	不払い額	高額療養費、付加給付金	支給決定額
円	割	円	円	円	円

補装具 申請内容確認
<input type="checkbox"/> 学校でのケガ
<input type="checkbox"/> 学校以外

入		確	
力		認	