

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				
医療を受けた期間		令和 年 月 日から			日間	<input checked="" 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		養育医療徴収金に充当 委任状あり				
振込口座		金融機関	銀行 信用金庫 農協	口座 番号	普通	口座 名義
			支店			(カタカナ)

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

入		確	
力		認	