

# 記入例

様式第4(第5条関係)

日付は記入しないでください

子ども医療費支給申請書

網掛け部分を記入してください

令和 年 月 日

江南市長

申請者

住所

江南市赤童子町大堀90番地

申請者は子ども医療費受給者証の受給者の住所・氏名・連絡先をご記入ください。

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	3 1 8 - 1 2 3 4 5 6	加	保険者名	全国健康保険協会 愛知支部
子ども	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	氏名	江南 二郎		
	生年月日	平成(令和) 6年1月1日		
傷病名				
医療機関	所在地	病院の住所		
	名称	(例) 江南厚生病院		
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 checked="" type="checkbox"/> その他(養育医療の給付をうけたため)			
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
	支店			(カタカナ) 座名 義

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	