

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	口座番号	普通	口座名義	(カタカナ)
		信用金庫	支店			
金融機関番号 () 店舗番号 ()						

受給者証をお持ちの方のみ受給者番号をご記入ください。お持ちでない場合は記入は不要です。

※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	