

# 記入例

## 子ども医療費支給申請書

受給者番号	
-------	--

〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先)小牧市

① 子ども医療費助成制度の受給者（保護者）の住所・氏名等を記入してください。日付は窓口へ提出される日を記入してください。

申請者 住所 小牧市堀の内三丁目\*\*番地

(受給者) 氏名 小牧 太郎

電話 0568-\*\*-\*\*\*\*

次のとおり別添証提出してください。

対象者	フリガナ 子ども氏名	コマキ アユミ 小牧 あゆみ		生年月日	令和 〇〇年〇〇月 〇日		
	個人番号	XXXXXXXXXXXXXXXX					
加入保険	保険者名 (保険者番号)			記号番号			
	被保険者 氏名			性別	女・無		
口座振込希望 の金融機関	口座番号		フリガナ		口座名義人		
※医療等の 状況	傷病名	通院区分	入院・入院外	療養期間	年 月 日から 年 月 日まで		
	医療機関	所在地 名称					
	申請理由	1医療保険において療養費等が支給されたため 2県外受診のため 3受給者証交付前受診 4その他( )					
※①医療費総額	※②保険者 負担割合	※③負担額 ①×②	※④自己 負担額	③この申請書を実際に記入した方の氏名・子との続柄・電話番号を記入してください。(右上の申請者と同じ場合もご記入ください)			
円	割	円					
※ 区							
1一般	2歯科	3調剤	4柔整、 う	円			

(注)※印の欄は、記入しないでください。

※申請書記入者 氏名 小牧 太郎 (続柄 父)

連絡先 0568-\*\*-\*\*\*\*

①～③以外の部分の記入は不要です

様式第8 その1(第9条関係)

受給者番号	
-------	--

子ども医療費支給申請書

年 月 日

(宛先)小牧市長

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

(受給者) 氏 名 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

次のとおり別添証拠書類を添えて申請します。

対象者	フリガナ 子ども氏名				生年月日	令和 年 月 日	
	個人番号						
加入 保険	保険者名 (保険者番号)				記号番号		
	被保険者 氏 名				附加給付	有・無	
口座振込希望 の金融機関					種別	1普通 2当座	
					フリガナ		口座番号
					口座名義人		
※医療等 の状況	傷病名	通院区分	入院・入院外	療養期間	年 月 日から 年 月 日まで		
	医療機関	所在地 名 称					
	申請理由	1医療保険において療養費等が支給されたため 2県外受診のため 3受給者証交付前受診 4その他( )					
※①医療費総額	※②保 険 者 負 担 割 合	※③負担額 ①×②	※④自己(一部) 負担額①-③	※⑤高額療養費 又は附加給付金	※支給申請額 ④-⑤		
円	割	円	円	円	円		
※ 区 分					※支給決定額		
1一般	2歯科	3調剤	4柔整、はり・きゅう	5補装具	円		

(注)※印の欄は、記入しないでください。

※申請書記入者 氏 名 (続柄 )  
連 絡 先