

様式第8 その1 (第9条関係)

受給者番号	3200000000
-------	------------

子ども医療費支給申請書

令和 ○年 ○月 ○日

申請者 住所 小牧市○○○○○○○○

(受給者) 氏名 小牧 太郎

電話 ○○-○○○○

「受給者番号」、「申請者」、「対象者」、「加入保険」及び「口座振込希望の金融機関」について記入してください。
申請時は保険の資格確認書又は資格情報のお知らせ(通知)の写しを添付してください。

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	コマキ ジロウ		生年月日	平成22年 ○月 ×日	
	子ども氏名	小牧 次郎				
	個人番号	××××××××××××				
加入保険	保険者名 (保険者番号)	○○健康保険組合 (××××××)		記号番号	×× ○○○	
	被保険者 氏名	小牧 太郎		附加給付	有・無	
口座振込希望 の金融機関	○○○ 銀行 ○○○ 本店 支店 出張所	種別	1 普通 2 当座	口座番号		
		フリガナ	コマキ タロウ			
		口座名義人	小牧 太郎			
		1234567				
※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。

※ 本人の預金口座なきため.....の口座へ振込ください。
本人死亡のため (続柄)

受給者様名義の口座でない場合は
こちらをご記入ください

住所
氏名

※申請書記入者

氏 名
連 絡 先

(続柄)

受 付		確 認			
--------	--	--------	--	--	--