

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)小牧市役所

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-**-****

次のとおり別添証拠書類を提出してください。

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	XXXXXXXXXXXXXX					
加入保険	保険者名 (保険者番号)			記号番号			
	被保険者 氏 名			保険者番号	有・無		
口座振込希望 の金融機関			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				
円	割	円	円				
※ 区							
1一般	2歯科	3調剤	4柔整、リウマ				
円							

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)

(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	口座番号					
					2当座						
					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(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