

子ども医療費支給申請書

令和 年 月 日

宛先 古賀市長

申請者 住所

氏名

TEL ()

次のとおり、(一部負担金・療養費)を支払いましたので、子ども医療費の支給を申請します。

受給者番号			世帯主			
氏名	続柄：		個人：			
	性別：		年 月 日生			
住所	TEL					
被保険者氏名	個人：		年 月 日生			
	性別：		年 月 日生			
住所	TEL					
保険者番号	記号	番号	番号			
種別				保険有効日		
保険者				保険喪失日		
傷病名	療養期間	年 月 日から		給付の種類	1 医科 2 歯科 3 調剤 4 その他	
		年 月 日まで				
医療機関	所在地 名称					
申請理由 (該当番号を) ○で囲む	1 医療保険各法による療養費が支給された 2 県外の保険医療機関等で受診した 3 その他 ()					
療養に要した費用	○ 医療費総額 _____ 円		○ 申請額 _____ 円			
保険者負担	一部負担金	高額療養費	他法負担	自己負担額	違算	支給決定額

振込先	金融機関名				支店 支所
	口座番号	普・当	フリガナ	口座名義人	

今日の日付を記入してください。

記入見本

※黄色の部分のみご記入ください。

令和××年××月××日

宛先 古賀市長

申請者 住所 古賀市駅東1丁目1番1号

保護者の情報を記入してください。

氏名 古賀 太郎

TEL 092 (942) 1194

次のとおり、(一部負担金・療養費)を支払いましたので、子ども医療費の支給を申請します。

受給者番号		世帯主	
氏名	古賀 花子	続柄:	個人:
		性別:	年 月 日生
住所	古賀市駅東1丁目1番1号		TEL
被保険者氏名		個人:	年 月 日生
住所			TEL
保険種別		番号	
保険者		保険有効日	
		保険喪失日	
傷病名	療養期間	年 月 日から 年 月 日まで	給付の種類 1 医科 2 歯科 3 調剤 4 その他
医療機関	所在地 名称		
申請理由 (該当番号を ○で囲む)	1 医療保険各法による療養費が支給された 2 県外の保険医療機関等で受診した 3 その他 (
療養に要した費用	○ 医療費総額 _____ 円	○ 申請額 _____	
保険者負担	一部負担金	高額療養費	他法負担
			自己負担額
			違算
			給決定額

子どもの情報を記入してください。

※申請書は子ども1人つき、1枚必要です。

ゆうちょ銀行の場合は、「店番」を記入してください。
記入例：748

保護者の口座情報を記入してください。

振込先	金融機関名	西日本シティ銀行	古賀	支店 支所
	口座番号	普・当 1234567	フリガナ コガ タロウ	口座名義人 古賀 太郎