

第4号様式(第5条関係)

子ども医療費支給申請書							
						年 月 日	
日進市長 宛て							
申請者 住所 _____							
氏名 _____							
子どもとの続柄() _____							
電話() _____							
次のとおり医療費支給を申請します。							
子 ど も	受給者 番号				加入 医療保 険	保険証の 番号	
	住 所					被保険者 氏名	
	氏 名					保険者名	
	生年月日	年	月	日		付加給付 の状況	有 ・ 無
医療機関	所在地 名 称						
医療費総額							円
申請額							円
口座振込希望 の金融機関等	(銀行等コード) (銀行名等)				銀行・信用金庫 農業協同組合	預金種類	普通・当座
	(支店等コード) (支店名等)				本店・支店 出張所・支所	口座番号	
						(フリガナ) 口座名義	
申請理由	<input type="checkbox"/> 県外受診 <input type="checkbox"/> 受給者証不携帯での受診 <input type="checkbox"/> 受給者証非取扱機関での受診 <input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> その他						
①医療費 総額	②結核、精 神等による 公費負担額	③自己 負担割合	④自己 負担額 ① - ② × ③	⑤高額療 養費	⑥家族療 養付加金	⑦支給決定額 (④-⑤-⑥)	
円	円	割	円	円	円	円	