

子ども医療費支給申請書

年 月 日

筑前町長 殿

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。

| | | | |
|-------------------------|--|--------------|---|
| 子ども医療証の受給者番号 | | 被保険者証等の記号・番号 | |
| 子ども氏名 | | 世帯主、被保険者等氏名 | |
| 生年月日 | | | |
| 傷病名 | 療養期間 年 月 日から 年 月 日まで | | |
| 医療機関 | 所在地 | | |
| | 名称 | | |
| 医療費総額 | 円 | 申請額 | 円 |
| 申請理由 該当する番号 を○で囲む | 1 医療保険各法による療養費が支給された 2 県外の医療機関等で受診した 3 その他 () | | |
| 振込先 | 銀行名 | | |
| | 支店名 | | |
| | 口座番号 | 普通・当座 | |
| | フリガナ 口座名義人 | | |