

子ども医療費支給申請書(請求書)

令和 年 月 日

筑前町長 宛

申請者

住所

筑前町

氏名

電話番号

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。

療養を受けた者の氏名	(フリガナ)	被保険者証等の記号・番号	
		保険者名称	
生年月日	年 月 日	世帯主被保険者等氏名	
疾病名	入院期間 年 月 日から 年 月 日まで		
	所在地		
医療機関	名称		
医療費総額	円	申請額	円
申請理由	入院費の償還払いのため		
振込先	銀行名	銀行・農協・信用金庫	
	支店名	本店・支店・出張所	
	口座番号	普通・当座	
	フリガナ		
	名義人		

※償還払いの申請には下記の書類の添付が必要です。

①医療機関発行の領収証②国保以外の方は、保険者が記載した療養費支給証明書

(療養費支給証明書の様式は、町ホームページまたは役場健康課窓口で受け取ることができます)