

子育て支援医療費支給申請書

受給者 (児童)	受給者証 番号		被 保 険 者	氏名		
	住所	大山崎町字 大山崎・円明寺・下植野 小字 番地		被保険者証記号番号		
	ふりがな 氏名			記号	番号	
	生年月日	年 月 日		保険者 コード		
			保 険 種 別	共済 船員 健組 協会 国退 国組 国保		

下記のとおり必要書類を添えて、子育て支援医療費の支給を申請します。

年 月 日

大山崎町長 様

申請者 住所 大山崎町字 大山崎・円明寺・下植野 小字 番地

氏名 (続柄)

TEL - -

振 込 先	銀行名等	支店名	口座番号 (普通口座のみ)	フリガナ 名義
	銀行 信用金庫 農協	支店 出張所 本店		

医 療 機 関 記 入 欄	診療報告書 (総医療点数は保険診療適用分についてのみ記入してください。)					
	診 療 月	年 月 分	氏 名			
	診療の種類	医科・歯科・調剤・その他	入 院 別	入院・入院外	診療実日数	日
	総医療点数 (内当該月の 初回点数)	点 (点)	他法負担			
			自己負担額 (A)	円	(うち薬剤負担額	円)
上記のとおり報告します。						
年 月 日						
所在地						
名称						
開設者氏名 印						

事 務 使 用 欄	国保 1割 2割 3割 社保	公費負担	円	一部負担金 (B)	円	支給決定額 (A-B)	円
	備 考						

*この申請書は、医療機関で現金で支払った場合に提出するものです。