

子ども医療費助成申請書

安 城 市 長

注意 太枠の中のみ記入してください。

申請日 令和 年 月 日

申請者 (保護者)	住 所			
	氏 名		電 話	
受給者番号		加入 医療 保険	記号・番号	
子 ど も	氏 名		保険者の名称	
	生年月日		被保険者氏名	
			付 加 給 付	有 ・ 無
振 込 先 金 融 機 関 名		種 別	口 座 番 号	口 座 名 義 人
銀 行 信 用 金 庫 農 協		店		(カタカナで記入)

添付書類 1 医療機関発行の領収書の写し又は下記の証明書兼領収書（医療機関で証明をもらってください。）
2 健康保険組合の場合は、家族療養費又は付加給付金決定通知書

保 険 診 療 内 容 証 明 書 兼 領 収 書			月 分
区 分	入 院	入 院 外	
傷 病 名	(1) (2) (3)	(1) (2) (3)	
診 療 実 日 数	日	日	
総 点 数	点	点	
医療保険負担点数	点	点	
結・精等公費負担点数	点	点	
自 己 負 担 額	円	円	
第三者行為による療養 の場合は、その種類			
年 月 日			
医療機関 所在地 名 称 医師氏名			

認 定 欄	自 己 負 担 額	付 加 給 付 額	一 部 負 担 金	助 成 額
	円	円	円	円