

記入例

子ども医療費支給申請書

令和〇年〇月〇日

江南市長

申請者住所

江南市赤童子町大堀〇〇番地

受給資格者の住所・氏名等を記入してください。

氏名 江南 太郎

下記のとおり医療費の支給を申請します。

電話 0587 - 54 - 1111

受給者番号		3 1 8 - 123456		加入医療保険	保険者名				
子ども	氏名		江南 花子		記号・番号				
	生年月日		令和〇年〇月〇日		被保険者名				
					付加給付		有・無		
傷病名									
医療機関		所在地 江南市布袋町××番地							
		名称 △△病院							
医療を受けた期間		平・令 年 月 日から 日間			<input type="checkbox"/> 入院		申請額 円		
		平・令 年 月 日まで			<input type="checkbox"/> 入院外				
申請理由		<input type="checkbox"/> 医療保険において療養費等が支給された。 <input type="checkbox"/> 県外で医療を受けた。 <input type="checkbox"/> その他							
備考		振込先口座の内容を記入してください。 受給資格名義以外の口座へ振り込む場合は、委任状が必要です。							
支払方法		金融機関	△ △	銀行農協信用金庫	口座番号	普通	6543210	フリガナ	
1 現金								コウナン タロウ	
② 口座振込			□ □	支店				江南 太郎	

金融機関番号 () 店舗番号 ()

※下記の欄は記入しないでください。

医療費総額	公費負担額	助成割合	助成算出額	高額療養費、 附加給付金	支給決定額
①	②	③	④	⑤	④ - ⑤
円	円	割	円	円	円

補装具 申請内容確認

- 学校でのケガ
- 学校以外

受付者	入力者	確認者
-----	-----	-----

様式第4(第5条関係)

子ども医療費支給申請書

令和 年 月 日

江南市長

申請者 住所

氏名

下記のとおり医療費の支給を申請します。

電話

— —

受給者番号		3 1 8 —		加入医療保険	保険者名				
子ども	氏名				記号・番号				
	生年月日		平成・令和 年 月 日		被保険者名				
傷病名					付加給付		有・無		
医療機関		所在地							
		名称							
医療を受けた期間		平・令 年 月 日から		日間	<input type="checkbox"/> 入院		申請額	円	
		平・令 年 月 日まで			<input type="checkbox"/> 入院外				
申請理由		<input type="checkbox"/> 医療保険において療養費等が支給された。 <input type="checkbox"/> 県外で医療を受けた。 <input type="checkbox"/> その他							
備考									
支払方法		金融機関	銀行 協 農 信用金庫		口座番号	普通	口座名義	フリガナ	
1 現金 ② 口座振込			支店						

金融機関番号 () 店舗番号 ()

※下記の欄は記入しないでください。

医療費総額	公費負担額	助成割合	助成算出額	高額療養費、 附加給付金	支給決定額
①	②	③	④	⑤	④ - ⑤
円	円	割	円	円	円

補装具 申請内容確認 <input type="checkbox"/> 学校でのケガ <input type="checkbox"/> 学校以外

受付者	入力者	確認者
-----	-----	-----