

記入例

母子・父子家庭医療費支給申請書

令和〇年〇月〇日

治療を受けた方(受給資格者)の住所・氏名等を記入してください。
ただし、受給資格者が未成年の場合は保護者の氏名をご記入ください。

申請者 住所 江南市赤童子町大堀〇〇番地

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	8 1 8 - 123456	加入医療保険	保険者名		
受給資格者	氏名		江南 花子	記号・番号	
	生年月日		昭和〇年〇月〇日	被保険者名	
傷病名			付加給付	有・無	
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 平・令 年 月 日まで	日間	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外	申請額 円	
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。 申請者名義以外の口座へ振り込む場合は、委任状が必要です。 ただし、未成年者の名義へは振り込みできません。				
支払方法	金融機関	銀行 農協 信用金庫	口座番号	普通 6543210	
1 現金	△△			フリガナ 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6条関係)

母子・父子家庭医療費支給申請書

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		8 1 8 -		加入医療保険	保険者名				
受給資格者	氏名				記号・番号				
	生年月日		昭和・平成 年 月 日		被保険者名				
					付加給付		有・無		
傷病名									
医療機関				所在地					
				名称					
医療を受けた期間		平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで		日間		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外	申請額	円	
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
-----	-----	-----