

子ども医療費支給申請書

年 月 日

大野城市長 宛

申請者 住所

氏名

印

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。

子ども医療証 の受給者番号	被保険者証等の 記号・番号	
子ども氏名		世帯主、被保険 者等氏名	
傷病名			
	療養期間	年 月 日から	年 月 日まで
医療機関	所在地 名称		
医療費 総額	円	申請額	円
申請理由 (該当する番号 を で囲む。)	1 医療保険各法による療養費が支給された。 2 県外の医療機関等で受診した。 3 その他 ()		
振込先	銀行名	銀行・農協・信用金庫	
	支店名	支店・出張所	
	口座番号	普・当	
	名義人 カタカナ		