

子ども医療費助成申請書

年 月 日

(宛先) 江別市長

申請者 住 所
 氏 名 ㊦
 個人番号
 電話番号
 ※申請者は口座名義人

子ども医療費の助成を受けたいので申請します。

診療を受けた子ども	受給者証番号		性別	男 ・ 女	
	氏名		生年月日	年 月 日	
	個人番号				
医療保険			記号	番号	
	被保険者		資格取得日	年 月 日	
振込先	銀行 信金 信組 農協	店	普通	口座番号	
			当座	(カナ) 口座名義人	

内訳

年	月	医療機関名	診療科	区分	年齢	課・初	枚数	受給者支払額	初診	一部負担金	支給決定額
							枚	円		円	円
合計											

(備考)	(受付印)	(検 印)
------	-------	-------