

記載例

子ども医療費助成申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先) 江別市長

申請者は父または母を記入し、
振込先口座の名義人は同じ方を
記入してください。押印を忘れ
ずをお願いします。

申請者

住所 江別市高砂町6番地

氏名 江別 太郎
個人番号 0000 1111 2222
電話番号 011-123-4567

押印

※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 | 5000000 | 性別 | 男・女 | | |
| | 氏名 | 江別 花子 | 生年月日 | 令和××年××月××日 | | |
| | 個人番号 | 9999 8888 7777 | | | | |
| 医療保険 | 江別市国保 | | 記号 | 江別 | 番号 | 9876543 |
| | 被保険者 | 江別 太郎 | 資格取得日 | 令和××年××月××日 | | |
| 振込先 | 銀行 | 江別 | 高砂店 | 普通 | 口座番号 | △△△△××× |
| | 信金 信組 農協 | | | 当座 | (カナ) 口座名義人 | エベツ タロウ 江別 太郎 |

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 | |
|----|---|-------|-----|----|----|-----|----|--------|----|-------|-------|--|
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 合計 | | | | | | | | | | | | |

記入不要

(備考)

(受付印)

(検印)