

様式第1号(第3条関係)

子ども医療費支給申請書				〇〇年〇〇月〇〇日
(あて先)吉川市長		申請者 住所 吉川市〇〇〇〇番地〇		
		氏名 〇 〇 〇 〇 印		
		電話 〇〇〇(〇〇)〇〇〇〇		
下記のとおり子ども医療費を申請します。				
受給資格者	ふりがな	〇〇〇〇〇〇〇		受診時における加入医療保険
	氏名	〇 〇 〇 〇		
	対象子どもとの続柄	〇		
対象子ども	ふりがな	〇〇〇〇〇〇〇		世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名
	氏名	〇 〇 〇 〇		〇 〇 〇 〇
	生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日		市町村民税の状況
				課税・非課税
			記号	よ〇〇〇
			番号	〇〇〇〇〇〇
			加入年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日
			名称	吉川市国民健康保険
受給資格者振込先				
銀行名	〇 〇 〇	銀行 信用金庫 農協	支店名	〇 〇 支店
口座番号	〇〇〇〇〇〇〇		口座名義人	〇 〇 〇 〇

- 備考 1 上部申請書欄は、申請者が記入してください。
 2 申請者の氏名の記載を自署で行う場合においては、押印を省略することができます。

	入院日
領 収 書	
¥ 	
ただし、	 年 月分 保険診療一部負担金(他法本人負担金 円含む)
—入院時の食事療養に係る標準負担額を含まない—	
保健診療総点数 	点 他法負担分点数 点
年 月 日	医療機関等所在地(住所)
(受診者) 様	名称 氏名 印

- (注) 1 上部領収書欄は、医療機関等で記入してください。
 2 他法負担分点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。

処理欄	診療年月	保険診療総点数	診療一部負担金	高額療養費	附加給付	支払額合計
	年 月	点	円	円	円	円

