

高校生等 子ども医療費支給申請書		年 月 日
直方市長 様	申請者 住 所 直方市	
	氏 名	
	携帯電話等	
	個人番号	

以下のとおり、一部負担金を支払いましたので、子ども医療費の支給を申請します。

対象者氏名	生年月日	年 月 日(歳)	男・女
-------	------	-----------	-----

(振込先)

金融機関名	銀行・信用金庫()	本店・支店
口座番号	口座名義(カタカナ)	

(傷病等)

傷 病 名	年 月 日から 年 月 日まで (日間)	負担区分	ア・イ・ウ・エ・オ
療養(入院)期間		給付の種類	1.医科、2.歯科
医療機関名	所在地		
	名 称		
費 用	医療費総額	円	申請額 円
保険者負担	一部負担金	高額療養費	他法負担
			自己負担額
			違算
			支給決定額

(確認事項)

<input type="checkbox"/> 住基確認 (出生・転入 年 月 日・設定 年 月 日) その他
<input type="checkbox"/> 生保受給 (無・有 開始日 年 月 日 終了日 年 月 日)
<input type="checkbox"/> 限度額認定証 (無 高額療養費決定通知・有 発行日 年 月 日 区分 ア イ ウ エ オ)
<input type="checkbox"/> 所得確認 (負担区分不明の場合は所得証明書が必要です。)
<input type="checkbox"/> 他公費確認 (無・有 [])
<input type="checkbox"/> 医療保険 (国保 記号 番号) ・他国保・協会けんぽ・健康保険組合・その他
<input type="checkbox"/> 療養費支給証明書(原本)
<input type="checkbox"/> 領収書コピー
<input type="checkbox"/> 口座コピー
<input type="checkbox"/> 本人確認 (マイナンバーカード・免許証・パスポート・その他 [])

受付日	年 月 日
-----	-------

受付者