

こども医療費支給申請書

(年 月診療分)

受給者番号		保険者名 及び所在地	
フリガナ		保険者番号	
対象者氏名		記号番号	
生年月日	年 月 日	被保険者名	
個人番号		対象者との続柄	
扶養義務者等氏名			

支給額	¥			
総医療費	自己負担額(申請額)	高額療養費支給額	一部自己負担額	医療費支給額

医療機関の 名称、所在地等												
他の制度により自己負担額相当額またはその一部の支給を(受けられる ・ 受けられない) (制度名一) (費用の徴収の 有・ 無)												

過去1年間の 支給診療月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

所得確認欄	保護者又は扶養義務者等の所得割税額 ()
-------	-----------------------

備考	
----	--

上記のとおり医療に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請するので、支払いは、下記の口座へ振込みして下さい。なお、扶養義務者等の所得調査並びに対象者の住基情報等による調査について資格認定に限り承諾します。

年 月 日 住所 上郡町 番地

申請者(届出者) 氏名

TEL ()

上郡町長 あて

振込口座 (扶養義務者等)	金融機関	銀行 信用金庫 農協		支店
	口座番号	種別	□普通 □当座	
	フリガナ			
	口座名義人			

※ 扶養義務者等以外への口座に振込みを希望する場合は、委任状が必要となります。
 ※ 医療機関発行の領収書、通帳、健康保険証、加入している健康保険組合等発行の高額療養費支給決定通知書等を持参の上、1ヶ月ごとにまとめて申請してください。