

40

歯科

## 子ども医療費助成申請書

40  
医科

年 月 日

高 島 市 長

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 ( )

子ども医療費助成条例施行規則第8条の規定により、子ども福祉医療費の助成をされたく申請します。

助 成 申 請 額

金 円

受 診 年 月

年 月 日 から (入院・通院)  
年 月 日 まで

受 給 券

(福祉番号)

□ 40259129

受給者番号

--	--	--	--	--	--	--	--

助 成 対 象 者 氏 名

〔生年月日〕

平成 年 月 日生

保 険 者 名

〔種別〕

- ☐ 国民健康保険 (自市・他市町)  
☐ 全国健康保険協会 ☐ 共済組合  
☐ 健康保険組合 ☐ 国保組合

受診日	医療機関名／調剤薬局名	診療区分	保険点数	支払金額	自己負担	給付／高額	償還金額
・ ・		入・外	点	円	円	円	円
・ ・		入・外	点	円	円	円	円
・ ・		入・外	点	円	円	円	円
・ ・		入・外	点	円	円	円	円
・ ・		入・外	点	円	円	円	円

支払決定額

※

円

〔払渡希望機関の名称〕

金融機関名	銀行・農協 信用金庫	支 店 名	支店・本店 出張所
預金種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

← 左記の口座名義人が上記の申請者と異なる場合は  
下段の受領委任が必要です。

私は、上記の口座名義人を代理人と定め、本請求による給付の受領に関する権限を委任します。

令和 年 月 日 申請者 \_\_\_\_\_

※印欄は記入しないでください。