

こどもの医療療養費請求書

阿南市長宛て

阿南市こどもの医療費の助成に関する条例施行規則第11条の規定により、次のとおり請求します。

なお、この申請に係る助成対
付の支給状況について、阿南市

こどもの医療費受給者証に記載されている受給者(保護者)の住所、氏名、生年月日、住所、日中に連絡ができる電話番号を記入してください。

請求年月日		令和	月	日
請求者 (受給者)	住所	阿南市富岡町トノ町12番地3		
	フリガナ	あなん たろう		
	氏名	阿南 太郎		
	電話	()	-	※日中に連絡可能な番号を記入してください。
	振込先	こどもの医療費受給者証に記載されている受給者(保護者)の口座情報を記入してください。		支店
代理人 (窓口に来た方)	氏名	来庁者の氏名を記入(受給者本人の場合は不要)してください。		(妻)
こどもの医療療養費請求額		一金	円也	
受療区分		変更後の健康保険の記号・番号・保険者名称を記入してください。 事・コルセット・眼鏡		
受療年月		月分		
こども	受給者番号	病院を受診されたお子さまの氏名、生年月日、こどもの医療費受給者証に記載されている受給者番号を記入してください。		保険者名
	氏名			保険証記号 番号
	生年月日			保険者名

- ⑨ 1 保険医療機関等で発行された領収書を添付してください。
2 治療用装具等について保険給付のある場合には「療養費支給証明書」を添付してください。

助成算定額

一部負担金額	-	付加給付額	円	=	助成決定額
円		療養費支給額	円		円

※市役所・支所・住民センター記入欄

本人確認欄	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 個人番号カード
	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> その他 ()

受付印

0~2 ・ 3~小6 ・ 中学生 ・ 高校生 ()住民センター