

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10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象の子ども及び同一保険加入者の療養費給付状況について、貴市が
保険者に回答を求めることに同意します。

請 求 年 月 日		年 月 日			
請 求 者 (受 給 者)	住 所				
	フリガナ				
	氏 名				
	電 話	() - ※日中に連絡可能な番号を記入してください。			
	振 込 先	銀行 ・ 信用金庫 ・ 農協	支店		
		口座番号（普通）			
代 理 人 (窓口に来た方)	氏 名	請求者との続柄（ ）			
こ だ も の 医 療 療 養 費 請 求 額		一 金 円也			
受 療 区 分		入 院 ・ 外 来 ・ 食 事 ・ コ ル セ ャ ッ ト ・ 眼 鏡			
受 療 年 月		年 月 分			
こども	受 給 者 番 号		加 入 保 険	被 保 險 者 名	
	氏 名			保 險 証 記 号 番 号	
	生 年 月 日	年 月 日		保 險 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 治療用器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	☐ 運転免許証	☐ 個人番号カード
	☐ パスポート	☐ その他 ()

0～2 ・ 3～小6 ・ 中学生 ・ 高校生 ()住民センター

受 付 印