

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こ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

こどもの医療費受給者証に記載されている保護者の住所、氏名、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		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 受給者の口座情報を記入してください。 口座番号(普通)				
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。 丙()				
こどもの医療療養費請求額				一金 円也		
受療区分				入院・外来・食事・コルセット・眼鏡		
受療年月				年 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の 受給者番号を記載してくだ さい。				
	氏名				被保険者名	
	生年月日				保険証記号 番号	
		保険者名				

- ④ 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	☐ 運転免許証	☐ 個人番号カード
	☐ パスポート	☐ その他 ()

受付印

0～2 ・ 3～小6 ・ 中学生 ・ 高校生 ()住民センター