

子ども医療費給付申請書

令和 年 月 日

穴 水 町 長 様

申請者 住所 穴水町字

(保護者) 氏名 (印)

電話 () —

別添領収書のとおり医療費を支払いましたので子ども医療費給付を申請します。

保 護 者	登録番号		加 入 健 康 保 険	国 保 ・ 国 保 組 合	
	氏 名			協 会 健 保 ・ 組 合 ・ 共 済	
乳幼児 又 は 児 童	氏 名			記 号	
	生年月日			年 月 日	番 号

振込先	銀行・信用金庫・農協	支店
	口座名義人(カタカナ)	番 号

※ 審 査 決 定	費 用 額	公 費 負 担	高 額 療 養 費	一 部 負 担 金		
	入院				(単位：円)	
	外来				所定負担額	給 付 決 定 額
	(計)				－1,000	