様式第９号　　【 ３歳未満 ・ 就学前（県／市） ・ 小学生 （県／市）・ 中学生（県／市） 】

子ども医療費支給申請書

次のとおり(一部負担金･療養費)を支払いましたので、子ども医療費の支給を申請します。
なお、支給金額の審査について、必要な公簿確認をすることに同意します。

宗 像 市 長　　あ て　　令和　　年　　月　　日

申 請 者（保護者）

住　所　　宗像市

氏　名

電話番号（　　ー　　ー　　）

医療証の受給者番号		**健康保険証等の記号・番号**	宗像市国保 ・ 医保 記号　　番号
受給者氏名、生年月日	（　　年　　月　　日）	**健康保険証加入者氏名**（被保険者・組合員・国保世帯主等）、**生年月日**	（　　年　　月　　日）

申 請 理 由	☐ 県外の医療機関等での受診 ☐ 療養費の支給（国保・医保） ☐ 医療証の未提示・交付前受診	☐ 他優先公費との差額 ☐ 補装具（国保・医保） ☐ その他（　　）	
診療種別	医科 ・ 歯科 ・ 調剤 ・ 訪問看護 ・ その他（療養費 / 補装具）・その他（柔整）・特定疾病		
診療年月､日数	平･令　　年　　月（　　日間）	入院外来	入院 ・ 外来
医 療 機 関	所在地		
	名称		
医療費総額	円	他公費	円
負担割合	１割 ・ ２割 ・ ３割 ・ 他	高額療養費	円
一部負担金	円	自己負担限度額	円
支払金額	円	調整額	円
支給金額			**円**

	銀行名	支店名	口座番号（右詰で記入）	種別
振込先口座	銀　行 信用金庫 信用組合 農　協 漁　協	本　店 支　店 出張所 営業部		**普通・当座**
			名義（※カタカナで通帳どおり記入）	

添 付 書 類	☐明細がわかる**領収書**（補装具は**「医証」「見積書」「請求書」**も必要） ☐療養費支給証明書または支給決定通知（高額療養費・付加給付、医保療養費） ☐その他（　　）

国保税充当 ・ 備　考	子ども医療費支給額を、以下の未納分の税に充当することを承諾します。 ☐国保税の未納分、または収納課指定分から納付 ☐その他（　　）　**国保世帯主氏名**　　**印**	保変	なし 受付
		受付	
		他公費	なし あり
	☐領収書の返却を希望します。（支給決定通知送付時に同封）	入力	
		チェック	

※　太枠内のみご記入ください。