

子ども医療費支給申請書

記入例

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

平成〇〇年〇〇月〇〇日

申請者（保護者）

住所 宗像市●●〇丁目〇-〇〇-〇〇〇

氏名 宗像 花子

電話番号（〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇）

医療証の 受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	健康保険証等の 記号・番号	宗像市国保・医保		
									記号 宗	番号 1 2 3 4 5 6 7	
受給者氏名、 生年月日	宗像 一							健康保険証 加入者氏名 <small>（被保険者・組合員・ 国保世帯主等）</small> 、 生年月日	宗像 太郎		
	(平成25年1月1日)								(昭和45年1月1日)		

申請理由	<input type="checkbox"/> 県外の医療機関等での受診 <input type="checkbox"/> 療養費の支給（国保・医保） <input type="checkbox"/> 医療証の未提示・交付前受診	<input type="checkbox"/> 他優先公費との差額 <input type="checkbox"/> 補装具（国保・医保） <input type="checkbox"/> その他（ ）
------	---	--

※申請書の太枠内

- ・申請者様欄（保護者様）、
- ・受給者様欄（お子様）、健康保険証加入者様欄、
- ・振込先口座（保護者様どちらでも可）等

をご記入の上、領収書等必要書類と一緒に提出ください。

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	

振込先口座	銀行名	支店名	口座番号（右詰で記入）				種別			
	銀行 信用金庫 宗像 信用組合	本店 支店 出張所	9	8	7	6	5	4	3	普通 当座
	農協 漁協				名義（※カタカナで通帳どおり記入）				ムナカタ タロウ	

添付書類	<input type="checkbox"/> 明細がわかる領収書（補装具は「医証」「見積書」「請求書」も必要） <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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。	保変	なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 国保税の最古の未納分、または収税課指定分から納付 <input type="checkbox"/> その他（ ）	受付	
	<input checked="" type="checkbox"/> 領収書の返却を希望します。（支給決定時に同封）	他公費	なし
		入力	あり
		チェック	

※ 太枠内のみご記入ください。