子ども医療費支給申請書

藤井寺市長 様

※太枠内について記入してください

下記のとおり申請し、請求します。

		申請日	年	月	日	
申請者	氏名	連絡先（電話番号）				
	住所	-				
受給者	氏名	生年月日				
	住所	年 月 日				
	加入保険者名	保険者（発行機関）名		保険者番号		
	医療保険	藤井寺市 国民健康保険		藤井寺市 2 7 0 2 7 2		
申請理由	☐ 大阪府外での受診 ☐ 補装具（コルセット）等 ☐ 一部自己負担額限度額超					
	☐ 医療証未交付期間の受診 ☐ 食事療養費公費番号（ ） ☐ その他（ ）					
内容	☐ 入院（医歯） ☐ 食事 ☐ 通院（医歯） ☐ 調剤 ☐ 訪問看護 ☐ 補装具 ☐ 限度額					
	医療機関名称					
振込先	銀行 農協 信金 信組		☐ 普通 ☐ 当座	口座番号		
	支店 本店 出張所		名義人（カタカナ）			
市 処 理 欄	入外区分 食事療養費の有無	入・外	食事	有・無	診療年月	日数
	総医療費（又は装具費等）			円	備考	
	高額療養費			円		
	附加給付金			円		
	一部自己負担額			円		
	差引支給額（A）			円		
	食事療養費（B）			円	（ ） 円 × （ ） 回	
公費助成額（A）+（B）			円	受付番号		