

子ども医療費支給申請書

令和 年 月 日

福岡県太宰府市長 殿

申請者 住所

.....
氏 名
.....

.....
電 話
.....

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。

医療証 の受給者番号		被保険者証等 の記号・番号	
子ども氏名		保険者名称	
生年月日		世帯主 被保険者等 氏名	
傷病名	療養期間 年 月 日から 年 月 日まで		
	所在地		
医療機関	名称		
医療費総額	円	申請額	円
申請理由 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">該当する番号 を○で囲む</div>	1. 医療保険各法による療養費が支給された 2. 県外の医療機関等で受診した 3. その他 ()		
振込先	銀行名	銀行・農協・信用金庫	
	支店名	本店・支店・出張所	
	口座番号	普通・当座	
	フリガナ 名義人		