

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

振込先名義人の住所、氏名、電話番号を記入

申請者

住 所

氏 名

電 話

受診された方の医療証情報、氏名、生年月日のみ記入

※その他記入しないでください

次のとおり、( )に該当する医療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	
医療機関	所在地	
	名称	
医療費総額	円 申請額 円	
申請理由 [該当する番号を○で囲む]	1. 医療保険 2. 県外の 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	

振込先の金融機関、支店名、口座番号、普通・当座の別、名義人をもれなく記入

※名義人のフリガナを必ず記入