

子ども医療費助成申請書

年 月 日

雲南市長様

〒

【申請者】住所：_____

氏名：_____

電話番号：_____

(受診者からみた続柄：)

次のとおり医療費の助成給付を受けたいので申請します。

受 診 者	受給者番号													
	住所													
	氏名													
	生年月日													
加 入 保 険	被保険者氏名													
	記号番号													
	保険者名													
振 込 先	銀行コード				<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農協	支店コード				<input type="checkbox"/> 本店・本所				
					<input type="checkbox"/> 労金 <input type="checkbox"/> 信金					<input type="checkbox"/> 支店・支所				
					<input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 信連					<input type="checkbox"/> 出張所・代理店				
	口座種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 貯蓄 <input type="checkbox"/> ()				口座番号								
	口座名義人	フリガナ												
	氏名													
医 療 機 関	医療機関名													
	所在地													
	区分	<input type="checkbox"/> 入院			<input type="checkbox"/> 入院外			<input type="checkbox"/> 補装具						
	診療期間	年	月	日	～	年	月	日						
申 請 額	申請額	金										円也		
	内 訳	本人負担額											円 (別紙領収書のとおり)	
		控除額											円	
		差引											円 (助成対象額)	