

別記様式第3号(第7条関係)

深川市子ども医療費支給申請書

令和 年 月 日

深川市長 様

住所 深川市

申請者 氏名

電話番号 ー

下記により子ども医療費の支給を受けたいので申請します。

診療を受けた者	受給者番号	課税区分	生年月日	性別	申請者との続柄
	氏名	初・課			
			年 月 日	男・女	
診療期間(実日数)	入院	入院外	総医療費		7・8割
	年 月 日から 年 月 日まで (日間)	年 月 日から 年 月 日まで (日間)	給付割合		
保 険 者 名			保険区分	国・国組・政 政組・共・他	
医療費の支払方法	1 現金払	金融機関名	銀行 信金 農協 支店		
	2 口座払	口座番号	フリガナ 名 義 人		
※ 医療費支給決定伺		決定 年 月 日			
医療に要した費用額		備 考	才(初・課) 割 初・1割 支給		
自 己 負 担 額					
附 加 給 付 額 (1割・初診)					
支 給 決 定 額					

注 申請には、レセプトの写し又は領収書及び健康保険被保険者証を添えて申請してください。