様式第７号（第１３条関係）

振込先	銀行・信用金庫 農協・信用組合								支　店 支　所 出張所	普通・当座
	口座番号								フリガナ	
									口座名義人	

乳幼児・こども医療費支給申請書

年　　月　　日

八女市長

申請者　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

次のとおり（一部負担金、療養費）を支払いましたので、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	
受給者氏名								被保険者等氏名	
診療種別	□ 医科　□ 歯科　□ 調剤　□ 補装具　□ 訪問看護　□ 柔整 □ あんま・マッサージ　□ はり・きゅう　□ その他（　　）								
療養期間	年　月　日から　年　月　日まで　日間								
入外区分	□ 入院　□ 外来							学校災害給付金	□ 有　□ 無
医療機関	□ 領収書のとおり 所在地 名　称								
医療費総額	円							申請額	円
申請理由 （該当番号を○で囲む）	1　国民健康保険による療養費が支給された。 2　社会保険各法による療養費が支給された。 3　県外の医療機関等で受診した。 4　その他（　　）								

【担当者記入欄】

保険者負担	一部負担額	高額療養費	付加給付額	他法負担額	自己負担額	支給決定額