

様式第7号（第11条関係）

振込先	銀行・信用金庫 農協・信用組合							支店	普通・当座
								支所 出張所	
	口座番号								フリガナ

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							被保険者等の記号・番号		
受給者氏名							被保険者等氏名		
診療種別	<input type="checkbox"/> 医科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 柔整 <input type="checkbox"/> あんま・マッサージ <input type="checkbox"/> はり・きゅう <input type="checkbox"/> その他()								
療養期間	年 月 日から			年 月 日まで			日間		
入外区分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来				学校災害給付金		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
医療機関	<input type="checkbox"/> 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