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　店支　所出張所 | 普通・当座 |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  | フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

|  |
| --- |
| 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 | □ 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |