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 |
|  |  |  |  |  |  |  |