

第1号様式（第5条関係）

小 児 医 療 費 助 成 申 請 書

受給者番号				被保険者名			
保 險 種 類	の 類	1 国保 4 組合 7 共済	2 国組 5 日雇	3 協会 6 船員	被保険者証 記号番号		
保 險 者 名				保険者番号			
小 児 の 氏 名				生年月日	年 月 日		
申 請 種 類	の 類	1 一 般 2 歯 科 3 薬 剤 4 看 護 5 補 装 具 6 その他 ()					
入院・入院外の別		1 入 院		2 入院外			
診療等を受けた期間		年 月 日から 年 月 日まで					
医 療 費 総 額		円		助 成 決 定 額	* 円		
病 院 等 の 名 称 所 在 地							
申 請 の 理 由							
振 込 先	金融機関名 (番 号)	()		銀行・金庫 農協・組合		() 支店 支所 出張所	
	預金の種類	1 普通 2 当座		口 座 番 号			
	口座名義人 (カタカナ)	()					
<p>上記のとおり、小児医療費の助成を申請します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>三浦市長</p> <p style="margin-left: 100px;">住 所</p> <p style="margin-left: 100px;">氏 名</p> <p style="margin-left: 100px;">個人番号</p> <p style="margin-left: 100px;">電 話</p>							

備考

- 1 *印の欄には、記入しないでください。
- 2 申請書を提出する際は、療養費又は家族療養費の支給を証する書類、領収書等を添付してください。