



子ども医療費助成申請書(領収書添付用)

御船町長 様

年 月 日

申請者 住所 御船町大字
(保護者)

氏名

電話

下記のとおり申請します。

子ども	フリガナ			受給者番号		
	氏名			生年月日	年	月 日
子どもの加入している健康保険	保険者名称			保険者番号		
	被保険者氏名			子どもとの続柄		
	記号番号	記号		番号		
	資格取得年月日又は認定年月日			年 月 日		
振込先 ※申請者と口座名義人が異なる場合は、裏面に記入願います。	銀行 信用金庫 農協		支店	普通 当座 貯蓄	口座番号	
	ゆうちょ銀行	記号		番号		
	口座名義人 (カナ氏名)					
	申請者 (保護者) と口座名義人の続柄			本人・その他 ()		

※郵送により申請される場合は、子どもの保険証の写しを添付してください。

※以下は記入しないでください。

年 月 (日分)	医療機関名	保険点数	一部負担額
入院 外来 歯科 調剤		点	円

年 月 (日分)	医療機関名	保険点数	一部負担額
入院 外来 歯科 調剤		点	円

年 月 (日分)	医療機関名	保険点数	一部負担額
入院 外来 歯科 調剤		点	円

年 月 (日分)	医療機関名	保険点数	一部負担額
入院 外来 歯科 調剤		点	円

自己負担額	高額療養費	付加給付額	その他	支給決定額
円	円	円	円	円

※申請者と口座名義人が異なる場合は、下記に記入願います。

委 任 状

年 月 日

この申請書に基づく医療費の受領を代理人に委任します。

代理人（口座名義人）

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 年 月 日

委任者（申請者）

住 所 _____

氏 名 _____ (※)

(※) 本人（代表者）が自署しない場合は、記名押印してください。