様式第３号の２（第５条関係）

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（保護者）　住所

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、子どもの健康保険の資格確認書等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） 入院　外来　歯科　調剤	医療機関名	保険点数	一部負担額
		点	円

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

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

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

高額療養費	付加給付額	その他	支給決定額
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。