

子ども医療費支給申請書

岩出市長 殿

- ★ 太枠内のみ記入して下さい。
- ★ 領収書(原本)を必ず添付
して下さい。

年 月 日
住 所
申請者 氏 名 (印)
電話番号
※ 子どもの保護者自署の場合は、押印不要です。

下記のとおり診療を受けたので、岩出市子ども医療費の支給に関する条例第6条の規定により申請します。

↓ 診療を受けた子どもの氏名等を記入して下さい。

受給者番号		対象児氏名	男・女	
		生年月日	年 月 日	
被保険者証 記号番号	第 号	保険種別	協・組・共・国・その他	
		保険者の名称		
診療月	保険点数	申請金額	備考	
合計	点	円		
支給決定額		円		

↓ 振込先口座を登録済の方は記入不要です。

振込指定金融機関	口座番号	口座名義人
銀行 本店	普通・当座	フリガナ
農協 支店		
金庫 出張所		