

子ども医療費支給申請書

年 月 日

久留米市長 宛て

申請者 住 所

氏 名

印

T E L ()

次のとおり、（一部負担金・療養費）を支払いましたので、子ども医療費の支給を申請します。

受給者番号		世帯主	
氏 名	続柄：	個人：	年 月 日生
	性別：		
住 所	Tel		
被保険者氏名	個人：	年 月 日生	
	性別：		
住 所	Tel		
保険者番号	記 号	番 号	
種 別			保険有効日 年 月 日
保 険 者			保険喪失日

資格取得日	年 月 日	資格喪失日	年 月 日
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで		
療養期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間		
	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	学校災害給付金	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
医 療 機 関	所在地 名 称		
	1 医科 2 歯科 3 調剤 4 特定疾病 5 訪問看護 6 看護科 7 治療用器具 8 その他 ()		
申 請 理 由 【 該当番号を 】 【 ○で囲む 】	1 医療保険各法による療養費が支給された。 2 県外の保険医療機関等で受診した。 3 その他 ()		
療 養 に 要 し た 費 用	○医療機関で支払った自己負担分相当額 _____ 円 <small>(3才以上通院600円 小学生通院1000円 薬局0円)</small>	○総医療費	_____ 円

法定給付 (7/8割)	高額 (現物)	他法負担	自己負担額 (支払分)	高額 (現金)	附加給付	定額負担	支給決定額
			()				

振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合	支店 支所 出張所
	口座番号	フリガナ	
		口座名義人	

受 付	入 力	チエック