

子ども医療費支給申請書

久留米市長 宛て

保護者の住所・氏名・電話番号を記入し、印鑑を押してください

月 日

申請者 住所 久留米市城南町15番地3

氏名 久留米 太郎 ㊤

TEL 0942 (30) 9000

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

医療証の受給者番号とお子さまの氏名・続柄・性別・生年月日・住所を記入してください。

保険証の被保険者氏名・性別・生年月日・住所と保険証の記号番号・保険者番号・保険者名称を記入してください。

受給者番号	9080705		世帯主	久留米 太郎			
氏名	久留米 花子	続柄：子 性別：女	個人：	平成 20 年 1 月 1 日生			
住所	久留米市城南町15番地3						
被保険者氏名	久留米 太郎	個人：	性別：男	昭和 55 年 5 月 5 日生			
住所	久留米市城南町15番地3						
保険者番号	01400019	記号	1234567	番号	12		
種別	全国健康保険協会 福岡支部			保険有効日	年 月 日		
保険者				保険喪失日	年 月 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	平成 24 年 2 月 3 日から		年 月 日まで		1 日間		
	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" 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	鳥栖市					
	名称	〇〇 医院					
		① 内科 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	〇医療機関で支払った自己負担分相当額		領収書の金額のうち保険適用分医療費の自己負担額を記入してください。 *薬の容器代、予防接種代などは保険外のため支給の対象となりませんのでご注意ください。				
	2,500 円		円				
法定給付(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	〇〇〇		〇〇〇	〇〇〇		
	口座番号	1234567		フリガナ	クルメ タロウ		
				口座名義人	久留米 太郎		

(WFIP1451) WFIP1451

(本・田・北・城・三・上・耳・筑・千・高)

★申請書は診療年月別・医療機関別・入院外来別に記入してください。

受付	入力	チェック