

子ども医療費支給申請書

令和 年 月 日

有田川町長 様

受給資格者 住所 有田川町大字
(保護者)

氏名

電話

振込口座

登録済み口座

支払先コード

—

下記口座(受給資格者の口座)

銀行 農協	支所 支店	普通 総合	預金
口座番号	7171+		
	名義人 氏名		

申請額 金 円

受給資格者	受給者番号		加入 保 険	被保険者 氏名	
	氏名			保険証 記号番号	
	個人番号 番号がわかる方は 記入願います。			保険者名	
子ども	氏名		加入 保 険	附加給付 の有・無	有 ・ 無
	生年月日	平成 年 月 日			
	個人番号 番号がわかる方は 記入願います。				

職員確認欄 本人確認 免・パ・個カ・身・保・介・年手・年証・他()

支給内訳	保険診療の 合計金額	控除額の内訳				支給決定額
		法定負担額	他法負担 額	附加給付額	控除額計	
	円	円	円	円	円	円