

子ども医療費助成申請書

年 月 日

雲南市長様

〒

【申請者】住所：
氏名：
電話番号：
(受診者からみた続柄：)

次のとおり医療費の助成給付を受けたいので申請します。

受診者	受給者番号												
	住所												
	氏名												
	生年月日												
加入保険	被保険者氏名												
	記号番号												
	保険者名												
振込先	銀行コード				<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農協	支店コード				<input type="checkbox"/> 本店・本所			
					<input type="checkbox"/> 労金 <input type="checkbox"/> 信金					<input type="checkbox"/> 支店・支所			
					<input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 信連					<input type="checkbox"/> 出張所・代理店			
	口座種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 貯蓄 <input type="checkbox"/> ()			口座番号								
	口座名義人	フリガナ											
	氏名												
医療機関	医療機関名												
	所在地												
	区分	<input type="checkbox"/> 入院			<input type="checkbox"/> 入院外			<input type="checkbox"/> 補装具					
	診療期間	年	月	日	～	年	月	日					
申請額	申請額	金 円也											
	内訳	本人負担額	円 (別紙領収書のとおり)										
		控除額	円										
		差引	円 (助成対象額)										