

記入例

京田辺市子育て支援医療費支給申請書

年 月 日

(あて先) 京田辺市長

日付は提出される日を記入↑

住 所 京田辺市～

申 請 者
(保護者)

氏 名 保護者の方のお名前

〔電話番号()〕

次のとおり__年__月分の医療費の支給を申請します。

公費負担医療の受給者番号を記入

受給者番号								※ 左の欄には、現在お持ちになっている受給者証に記載されている番号、乳幼児又は児童名を記入してください。	
乳幼児又は児童名									
受診された医療機関名	○○小児科 複数ある場合は1つ代表でご記入ください。 (受診科名)								
加入保険	被保険者名	田辺 太郎 (保険加入者=お子様を扶養している人の名前)							
	保険の種別	国保・国組・国退・協会けんぽ・69条の7・健保・船員・共済 →上記より1つ○で囲む							
	保険者名	○○健康保険組合 など 記号 番号 (保険証の上部参照)							
医療費の状況	別紙のとおり 記入不要								
※支給決定額	記入不要 円			内訳	医療費 円 記入不要 証明手数料 円				
備考	振込先	○ ○ 銀行・農協 信用金庫・信用組合			ゆうちょの場合は 漢数字三文字				支(本)店
	預金種目	普通・当座			口座番号				
	名義人	(フリガナ)							
	氏 名	申請者(保護者)の口座 →名義人・口座番号等、間違いがないか確認をお願いします							

- 注 1 医療費支給申請は、受診月の翌月から、毎月行ってください。
 2 別紙の受診証明書及び患者名、受診日、医療費明細がわかる領収書等を添付してください。
 3 ※の欄は、記入しないでください。