

乳幼児等・児童医療費助成申請書

益田市長 様

申請者
(保護者)

住所

氏名

TEL

下記のとおり、乳幼児等・児童医療費助成の申請をします。

記

受給資格証番号					
受給者	乳幼児・児童氏名				
	生年月日	年	月	日	
	住所				
加入保険	記号番号枝番	(記号)	(番号)	(枝番)	
	保険種別				
	保険者名称				
診療年月	令和	年	月	入院外来区分	入院・外来
医療機関名称	領収書のとおり				
医療機関所在地	領収書のとおり				
申請理由	1 県外の医療機関等で受診 2 資格証交付前の受診 3 その他 ()				
本人負担額					円
控除額					円
助成対象額					円
口座情報	銀行名	銀行・農協・信用金庫			
	支店名	本店・支店・出張所			
	口座番号	普通・当座		(振込先口座は申請者名義)	
	口座名義人(加付)				