

子ども医療費助成申請書

令和 年 月 日

益田市長 様

申請者 住所

氏名

TEL

下記のとおり、子ども医療費助成の申請をします。

記

受給資格証記号番号					
子ども	氏名				
	生年月日	平成・令和	年	月 日	
	住所	益田市			
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・金庫・組合			
	支店名	本店・支店・出張所			
	口座番号	普通・当座			
	口座名義人(かた)				