

※ 太枠内のみご記入ください。

様式第9号 【 3歳未満 ・ 就学前（県／市） ・ 小学生（県／市） ・ 中学生（県／市） ・ 高校生 】

子ども医療費支給申請書

次のとおり(一部負担金・療養費)を支払いましたので、子ども医療費の支給を申請します。

なお、支給金額の審査について、必要な公簿確認をすることに同意します。

宗 像 市 長 あ て

令和 年 月 日

申請者（保護者）

住 所 宗像市

氏 名

電話番号（ — — ）

医療証の 受給者番号							健康保険の 記号・番号	宗像市国保 ・ 医保	
								記号	番号
受給者氏名 生年月日							健康保険 加入者氏名 (被保険者・組合員・ 国保世帯主等) 生年月日		
								(平・令 年 月 日)	

申 請 理 由	☐ 県外の医療機関等での受診	☐ 他優先公費との差額
	☐ 療養費の支給（国保・医保）	☐ 補装具（国保・医保）
	☐ 医療証の未提示・交付前受診	☐ その他（ ）

診療種別	医科・歯科・調剤・訪看・その他（療養費 / 補装具 / あんま・マッサージ / はり・きゅう）
------	---

診療年月、日数	令和 年 月 (日間)	入院外来	入院 ・ 外来
---------	--------------	------	---------

医 療 機 関	所在地	領収書・治療用装具制作指示装着証明書・療養費支給申請書のとおり
	名称	病院・ 医院 ・眼科 ・整形外科 ・クリニック ・調剤薬局

医療費総額	円	他公費	円
-------	---	-----	---

負担割合	2割 ・ 3割	高額療養費	円
------	---------	-------	---

一部負担金	円	自己負担限度額	0・500・800・1600 円
-------	---	---------	------------------

支払金額	円	調整額	円
------	---	-----	---

支給金額	円
------	---

振込先口座	銀行名	支店名	口座番号（右詰で記入）							種別
	銀 行	本 店								普通・当座
	信用金庫	支 店								
	信用組合	出張所	名義（※カタカナで通帳どおり記入）							
	農 協	営業部								
漁 協										

添 付 書 類	☐ 明細がわかる領収書（補装具は「医証」「見積書」「請求書」も必要） ☐ 療養費支給証明書または支給決定通知（高額療養費・付加給付、医保療養費） ☐ その他（ ）
---------	--

国保税充当 ・ 備考	子ども医療費支給額を、以下の未納分の税に充当することを承諾します。 ☐ 国保税の未納分、または収納課指定分から納付 ☐ その他（ ） 国保世帯主氏名 印	保変	なし 受付
		受付	
		他公費	なし あり
	☐ 学校活動内でのけが・病気による医療費ではありません。 ☐ 第三者行為により発生した医療費ではありません。	入力	
	☐ 領収書の返却を希望します。（支給決定通知送付時に同封）	チェック	