

# 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		健康保険証等の 記号・番号	宗像市国保・医保
			記号 番号
受給者氏名、 生年月日	( 年 月 日 )	健康保険証 加入者氏名 <small>(被保険者・組合員・ 国保世帯主等)</small> 、 生年月日	( 年 月 日 )

申請理由	<input type="checkbox"/> 県外の医療機関等での受診 <input type="checkbox"/> 療養費の支給（国保・医保） <input type="checkbox"/> 医療証の未提示・交付前受診	<input type="checkbox"/> 他優先公費との差額 <input type="checkbox"/> 補装具（国保・医保） <input type="checkbox"/> その他（ ）
------	---	--

診療種別	医科・歯科・調剤・訪問看護・その他（療養費 / 補装具）・その他（柔整）・特定疾病
------	---

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

医療機関	所在地	
	名称	

医療費総額	円	他公費	円
負担割合	1割・2割・3割・他	高額療養費	円
一部負担金	円	自己負担限度額	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	名義（※カタカナで通帳どおり記入）	
	信用組合	出張所		

添付書類	<input type="checkbox"/> 明細がわかる領収書（補装具は「医証」「見積書」「請求書」も必要） <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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。	保変	なし
	<input type="checkbox"/> 国保税の最古の未納分、または収税課指定分から納付	受付	
	<input type="checkbox"/> その他（ ） <b>国保世帯主氏名 印</b>	他公費	なし
	<input type="checkbox"/> 領収書の返却を希望します。（支給決定時に同封）	入力	あり
		チェック	

※ 太枠内のみご記入ください。