

子ども医療費助成申請書

子ども医療費の助成を受けたく、助成金の額を証する書面を添えて申請します。

令和 年 月 日

西予市長 様

住 所

申請者

氏 名

(電話番号 - -)

- ◎学校等のけがですか (はい ・ いいえ)
- ◎交通事故によるものですか (はい ・ いいえ)
- ◎限度額認定証を使用しましたか (はい ・ いいえ)

受 取 金融機関	<input type="checkbox"/> 銀 行	<input type="checkbox"/> 本店(所)	口座種別 ()	口座番号	フリガナ	口座名義人
	<input type="checkbox"/> 信用金庫	<input type="checkbox"/> 支 店				
	<input type="checkbox"/> 農 協	<input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 支 所				
診療年月	令和 年 月	種 別	受給者番号			
		県外(外来・入院)・装具・柔整				
受診者	フリガナ	氏名	生年月日	年	月	日

※医療機関で発行された点数等の記載がある領収書を添付してください。
 ※医療機関発行の領収書がなければ、別紙の保険医療機関の証明を添付してください。

記入しないでください。

窓口負担額						円
高額療養費						円
附加給付額						円
その他助成額						円
保険診療外負担額						円

加入医療保険種別
(社保 ・ 国保)

助成決定額						円
-------	--	--	--	--	--	---