

母子・父子家庭医療費支給申請書

見本

※太枠内をご記入ください。

令和 年 月 日

住 所 北名古屋市

申 請 者 氏 名

電話番号 ( ) -

子どもの場合は、保護者の氏名等を記入してください。

下記のとおり関係書類を添えて申請します。

受給者	受給者番号			加入医療保険	記号番号	この欄は記入不要です。 健康保険証(写)を同封してください。
	フリガナ				被保険者氏名	
	氏名				保険者名号・番号	
	生年月日	年 月 日	男・女		附加給付	
	住所					
区分	入院・入院外		療養期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間		
医療機関等	所在地 名称					
医療費総額	該当するものをご記入ください 【記入例】					
申請額	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 県外受診のため</li> <li>・ 治療用装具作製のため</li> <li>・ 受給者証交付前受診</li> </ul>					
申請理由						
振込先金融機関	(金融機関名)		口座番号	普通 当座		
	(支店・営業所名)		フリガナ			
	同封する領収書の枚数をご記入ください。		口座名義人			

処理欄	受付	

領収書枚数 枚

母子・父子家庭医療費支給申請書

令和 年 月 日

(あて先)北名古屋市長

住 所 北名古屋市

申 請 者 氏 名

電話番号 ( ) -

下記のとおり関係書類を添えて申請します。

受給者	受給者番号			加入医療保険	記号番号												
	フリガナ				被保険者氏名												
	氏名				保険者名号・番号	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											
	生年月日	年 月 日	男・女			附加給付	有 ・ 無										
住所																	
区分	入院 ・ 入院外		療養期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間													
医療機関等	所在地名称																
医療費総額	円																
申請額	円																
申請理由																	
振込先金融機関	(金融機関名)			口座番号	普通当座												
	(支店・営業所名)			フリガナ													
				口座名義人													

処理欄	受付	

領収書枚数 枚