

書き方見本

文字が消せるボールペンは使用しないでください。

訂正するときは、二重線で消してください。(訂正印不要)

こども医療

福祉医療費支給申請書

負担者番号	8	1	2	8	0	0	4	2	加入医療保険	記号	1	2	3		
受給者番号	8	8	8	8	8	8	8	8		番号	1	2	3	4	5
氏名 <small>受診した人</small>	明石 はるか								医療保険	保険者名称 (保険証発行機関)					
生年月日 <small>平成</small> 令和 <small>西暦</small>	4		年		1		月			1		日		〇〇〇 <small>健保組合・共済組合</small> 明石市国保・()国保 全国健康保険協会 ()支部	
療養に要した費用に関する別紙証書類を添えて申請します。															
2023 年 〇 月 〇 日															
請求者 <small>(受給者)</small>										住所			明石市 中崎1丁目5番1号		
連絡先										自宅		078-000-0000			
										携帯		090-1111-1111			
明石市長様										氏名		明石 県人			
下記の口座への振込を依頼します。 なお、請求者と口座名義人が異なる場合は、口座名義人に受領委任します。															
金融機関名		明石		銀行		信用金庫		中崎		本店		預金種目		普通	
						農協				支店		・当座		・()	
店番		口座番号		フリガナ		アカシ ケント		口座名義人		明石 県人					
1		2		3		8		8		8		8		8	

ご加入の健康保険について記入して下さい

請求者はこどもの父または母です
振込口座は請求者名義の口座を記入して下さい

受診したこどもについて記入して下さい

この証は、兵庫県内の保険医療機関等においてのみ有効です。

乳	こども医療費受給者証 (乳幼児等医療費受給者証)	
	負担者番号	8 1 2 8 0 0 4 2
	受給者番号	8 8 8 8 8 8 8
住所	〒673-0000 明石市中崎1丁目5番1号	
	フリガナ	アカシ ハルカ
氏名	明石 はるか	
生年月日	令和4年 1月 1日	

※添付書類が必要です※

- 兵庫県外で受診した
- 受給者証を提示せずに受診した

・領収書 (原本)

- 10割負担で受診した (保険診療分)
- 補装具等を購入・装着した (保険診療分)

◎先にご加入の健康保険に請求してください

- ・領収書 (コピー可)
- ・療養費等支給決定通知書 (原本)
- ・医師の意見書等 (補装具等のみ・コピー可)