

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 記入不要
受給者番号	8 8 8 8 8 8 8		
氏名 (受診した人)	明石 はるか		
生年月日	平成 令和 4 年 1 月 1 日 西暦		
療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。 5 年 0 月 0 日			
請求者 (受給者)	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 農協	本店 支店 出張所	預金種目 普通 当座 ()
店番	口座番号	フリガナ	アカシ ケント
1 2 3 8 8 8 8 8 8	8 8 8 8 8 8 8 8	口座名義人	明石 県人

受診したこども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

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)