

「受給者」と「振込先口座の名義人」が異なる場合、下部の「委任欄」に記入してください。

子ども医療費

該当する医療を記入してください。

住所 豊川市〇〇町△△番地

申請者

住所・氏名・電話番号を記入してください。

氏名 豊川 太郎

該当する医療に○を記入してください。

電話 (0533) XX - XXXX

下記のとおり子ども、障害者、母子・父子家庭、精神障害者、後期高齢者福祉医療費の支給を申請します

受給者番号	308123451	保険者名	233056	
フリガナ	トヨカワ ジロウ	被保険者氏名	豊川 太郎	
氏名	(子ども医療の場合は子どもの氏名) 豊川 次郎	被保険者証の記号番号	1000-012030	
生年月日	T・S・ <u>H</u> ・R 2年 3月 1日	附加給付	有・無	
傷病名		療養期間	年 月 日	
医療機関	所在地 名称			
医療費総額	太枠内を記入してください。			
申請額				
申請事由	1. 県外受診 2. 療養費 3. 受給者証交付前受診 4. その他			
支払方法	口座振替			
振込先	金融機関名	支店名	口座種別・番号	口座名義人(カナ)
	豊川銀行	豊川支店	<u>普通</u> 当座 1234567	トヨカワ ハナコ
委	(委任欄) 私は、 <u>豊川 花子</u> を代理人と定め、次の権限を委嘱する。 この申請に基づく医療費の受領に関すること。受給者 <u>豊川 太郎</u> 代理人(住所) <u>豊川市〇〇町△△番地</u> (氏名) <u>豊川 花子</u> (受給者との関係) <u>妻</u>			

口座名義人の方

受給者(受給者証の受給者欄に記載されている方)

(注1) 上記申請者欄の住所・氏名・電話番号と、太枠内をすべてご記入ください。

(注2) 医療機関の領収書等を添えてください。

(注3) 訂正する場合は、訂正箇所にて二重線を引き正しい内容を記入して下さい。