子ども医療費支給申請書

該当する医療を記入してください。

豊

住　所　豊川市〇〇町△△番地

申請者

氏　名　豊川　太郎

住所・氏名・電話番号を記入してください。

該当する医療に〇をしてください。

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	記号・番号	１０００―０１２０３０
生年月日	S･H(R) ２年　３月　１日	附加給付	有　・　無
傷病名		療養期間	年　月　日 年　月　日
医療機関	所在地		
	名称		
医療費総額			
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	口座振込		

保険者番号を記入してください。

太枠内を記入してください。

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	(普通) 当座 ０１２３４５６	トヨカワ　タロウ

委任欄

（委任欄）

私は、＿＿＿＿＿＿＿＿を代理人と定め、次の権限を委任します。

この申請に基づく医療費の受領に関すること。受給者＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人(住所)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(氏名)＿＿＿＿＿＿＿＿　(受給者との関係)＿＿＿＿＿＿

（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、訂正箇所に二重線を引き正しい内容を記入して下さい。