

様式第2号

こども医療費支給申請書  
(口座振替依頼書)

年 月 日

申請者 住所 柏原市

氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

電話 \_\_\_\_\_

下記のとおり医療費の支給を申請します。  
なお、下記のとおり口座振替によって支払ってください。

記

対象児童	氏名 (生年月日)	( 歳 ) ( 年 月 日 )	受給者番号		
	住所				
加入医療保険	被保険者氏名		記号		番号
	発行機関		保険種別	1 国保一般 2 国保退職 3 協会けんぽ 4 健保組合 5 日雇 6 船員 7 共済 8 国保組合 9 特例退職	
	自己負担割合	割	付加給付	有 ・ 無	
医療機関の窓口で医療費を支払った理由	1 医療証交付前 2 他府県診療 3 その他 ( )		医療費 支給申請額	円	
金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義	
銀行 信金 信組 農協		普通		(フガナ)	
診療年月日	年 月 日 ~ 年 月 日				
診療区分	医 歯 調 その他				
実日数	日	食事療養費 回			
支払った額	点/	円	円		
高額療養費	円				
家族療養付加給付	円				
一部自己負担	円	医療件数	件	日	
助成額	円				

この領収書は、1月分の診療1人につき1枚です。

受付 年 月 日 NO \_\_\_\_\_