|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式第５号 | | | | | | | | 受給者証  記号番号 | | | **３** | **５** | **０** | |  |  |  |  | | |  |  |
| **子ども医療費支給申請書**  　　年　　月　　日  　　蟹　江　町　長　殿  住所  受給者　氏名  電話　　　　　　　　　　　　　　　番 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険証の  記号番号 |  | |  | 保険者名 | |  | | | | | | | | 家族療養費  附加金の  有無 | | | | | 有・無 | | | |
| 番号 | | | | | | | |
| 子ども  氏名 |  | | | | | 男・女 | 傷病名 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 平・令　　　年　　月　　日 | | | | |
| 通院区分 | 入　院・入 院 外 | | | | 療養期間 | | | | 令和　　年　　月　　日から  令和　　年　　月　　日まで | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関 | 所 在 地  名　　称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療費総額 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 点 | | |
| 申請額 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 円 | | |
| 支払方法 | ①口座振替　　　　　銀行　　　　　店　　　　・普通　　　　・当座  　　　　口座番号　　　　　　　　　　　口座名義人  （ﾌﾘｶﾞﾅ　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |