

様式

【申請に必要なもの】

- ・領収書・子ども医療費受給者証
- ・子どもの保険証
- ・振込先の口座のわかるもの
(通帳またはカード)

※その他必要な場合もあります

日本産業規格 A 4 縦型)

受給者番号	03000001
-------	-----------------

申請書(令和 3 年 2 月診療分)

令和 3 年 5 月 31 日

伊豆の国市長 あて

〒 410-2396

日中連絡が取れる電話番号
を記入してください。

申請者 住所 **伊豆の国市田京299-6**

氏名 **大仁 花代**

電話番号 **090-1123-4456**

受給者 (子ども)	ふりがな	おおひと はなこ		男	生年 月日	令和 2 年10月10日 (1才)	
	氏名	大仁 花子		女			
加入医療 保険	保険の種類	協会 ・ 組合 ・ 共済 ・ 船員 ・ 国保					
	保険者名	全国健康保険協会 静岡支部					
	保険者所在地	静岡市葵区呉服町1-1-2			電話 番号	054-275-6603	
	被保険者名	大仁 花代					
	個人番号						
振込先口座	被保険者証	記号	222222		番号	33	
	金融機関名	静岡		銀行 金庫 組合	田京 支店		
	口座名義人 (カタカナで記入)	オオヒト ハナヨ					
	口座番号	普 当	0123456				
	日数	保険診療 一部負担 A	入院時食事 療養費 B	高額 療養費 C	付加 給付額 D	控除額 合計 E (C+D)	請求額 F (A+B-E)
入院	日	円	円	円	円	円	円
通院	日	円	円	円	円	円	円
養育医療・自立支援医療・療育医療負担金等						G 円	F+G 円
合計日数		日		G 円		合計	円

受給資格： 年 月 日から