

様式第5号(第13条第1項関係) (用紙 日本産業規格A4縦型)

受給者番号	
-------	--

こども医療費補助申請書(年 月診療分)
令和 年 月 日

伊豆の国市長 あて

〒

申請者 住所

(保護者) 氏名

電話番号

受給者 (子ども)	ふりがな		男 ・ 女	生年 月日	年 月 日 (才)		
	氏名						
	個人番号						
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						
	保険者所在地		電話 番号				
	被保険者名						
	個人番号						
	被保険者証	記号		番号			
振込先口座	金融機関名		銀行 金庫 組合	支店			
	口座名義人 (カタカナで記入)						
	口座番号	普・当					
	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	合計	F+G 円
合計日数		日					円

受給資格： 年 月 日から