

乳幼児等医療費支給申請書
(償還払分)

受給者加 入保 険	フリガナ		公費負担者 番号		9	0	3	4	0	1	6	7				
	氏名		受給者番号													
	生年月日		個人番号													
	平成・令和 年 月 日															
振込先	記号		番号		被保険者氏名											
	保険者名(発行機関名) ☐ 全国健康保健協会 ☐ _____ 健康保険組合 ☐ _____ 共済組合 ☐ 海田町国民健康保険															
振込先	金融機関名				店舗名											
	(農協) (信用金庫) (銀行) (信用組合)				(本店) (支店)											
	金融機関コード				支店コード											
振込先	フリガナ				預金種別											
	名義人 (申請者)				普通 当座		口座番号									
上記のとおり申請します。																
高額療養費・療養費及び付加給付金支給額調査に同意します。																
年 月 日 海 田 町 長 様 住 所 _____ 申 請 者 氏 名 _____ 電 話 番 号 _____																

ここから下は記入しないでください。

[illegible]