※ 太枠内を記入してください。

こ ど も 医 療 費 支 給 申 請 書

（償還払分）

注２１この申請書は、医療機関等で現金を支払った場合に使用するものです。上段申請書欄は、申請者が記入してください。

受給者	フリガナ 氏 名	公費負担者番号	9 0 3 4 0 1 6 7
		受給者番号	
	生年月日 年 月 日	個人番号	
加入保険	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 農協　信用金庫 銀行　信用組合 金融機関コード	店舗名 本店 支店 支店コード	
	フリガナ 名義人（申請者）	預金種別 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

申請者

住　所

氏　名

電話番号

ここから下は記入しないでください。

区分	件数	日数	県日数	総医療費A	保険給付額B	他公費負担額C	一部負担金額D	支給決定額E E=A－(B+C+D)
				円	円	円	円	円
				円	円	円	円	円
				円	円	円	円	円
				円	円	円	円	円
				円	円	円	円	円
				円	円	円	円	円
				円	円	円	円	円