

子ども医療費助成金交付請求書

年 月 日

美幌町長 様

〒 ー ー
 保護者 住所 美幌町字
 フリガナ
 氏名 (Tel ー ー ー)

子ども医療費助成金の交付を受けたいので、医療機関の受領書を添えて請求します。

振込先銀行	口座番号	受取人(カタカナ)	備考
銀行 信金 農協	本・支店		
受給資格者番号		初 課	
受給資格者 (診療を受けた方)	フリガナ		
生 年 月 日	年 月 日生		
保険(共済)の名称 記号番号、所在地	国保・共済・協会けんぽ・その他() 記号 番号 所在地		

交付決定額 円

内	対	入院・外来・その他の別	保険診療総額	保険負担金	差引交付額	初診回数
		象	入 院			
	外 来					
	歯 科					
	調剤・その他()					
	高額等控除額					
	計					
訳	対	入院・外来・その他の別	保険診療総額	保険負担金	差引交付額	初診回数
		象	入 院			
	外 来					
	歯 科					
	調剤・その他()					
	計					

◎字は、楷書(かいしよ)ではっきり書いてください。署名により、記名押印を省略することができます。

自己負担	
入院	
外来	
歯科	
調剤	
その他	

債権者情報	
債権者番号	
区 分	新規・変更
変更項目	住所・口座 その他()

受付番号	受付印
受付担当	