

太わくの中を記入してください。

<input type="checkbox"/> 子 ども <input type="checkbox"/> 障 害 者 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等		医療費支給申請書		受付番号	
				受付年月日	
(あて先) 名古屋市長			平成 年 月 日		
住所 名古屋市 区					
氏名			(印)		
(☎ -)					
次のとおり申請します。					
※健康保険証をみて記入してください。				医療証番号	
加入医療保険		記号・番号	傷病名	<input type="checkbox"/> 別添のとおり <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 他 ()	
発行機関 <small>(都道府県健康保険組合等)</small>	保険者番号		療養期間	平成 年 月 日から 日 月 日 まで (日間)	
名称			医療機関	所在地 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> 別添のとおり 名称 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> 別添のとおり	
子ども氏名		(生年月日 平成 年 月 日)			
支給決定額は次の口座へ振り替えてください。					
金融機関名	銀行 本店 農協 支店 信用金庫 出張所 信用組合		入院・入院外の別	<input type="checkbox"/> 入院 家族療養附 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 入院外 加金等の有無 <input type="checkbox"/> 無	
預金科目	普通当座	口座番号	申請額		
口座名義人		カタカナで書いてください。			
		申請理由 <input type="checkbox"/> 国民健康保険法による療養費が支給された <input type="checkbox"/> 社会保険各法による療養費又は療養費に相当する家族療養費が支給された <input type="checkbox"/> 県外受診 <input type="checkbox"/> 証未提示 <input type="checkbox"/> その他 ()			
受付		預金通帳等の確認		電算入力	

●持参するもの 領収書・印鑑・預金通帳等・健康保険証・医療証