□子ども
□障害者
□ひとり親家庭等

医療費支給申請書

（宛先）名古屋市長

（以下には記入しないでください）名古屋市処理欄

※太枠の中を記入してください。

受付番号	

申請日		年　月　日	医療証番号	
申請者	住所	名古屋市　区		
	氏名			
子ども氏名		生年月日：　年　月　日（　歳）		
電話番号			個人番号	
加入医療保険	記号番号			
	保険者番号		保険者名称	
振込口座	金融機関名	銀行 金庫 組合 農協	店舗名	本店 支店 出張所
	コード		店舗コード	
	預金種目	□普通　・　□当座	口座番号	
	口座名義人	（カナで書いてください）		
受診状況	療養期間	年　月　日から 日まで（　日間）	入外別	□入院　・　□外来
	医療機関名	□別添のとおり　・　□名称〔　〕		
付加金等の有無		□有　・　□無	申請額	円

（以下には記入しないでください）名古屋市処理欄

受付		預金通帳等の確認	
電算入力		第三者行為の有無	有　・　無