太わくの中を記入してください。

第三者行為　有・無

□子ども
□障害者
□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

年　　月　　日

住所　　名古屋市　　区

氏名

（☎　　－　　）

次のとおり申請します。

加入医療保険				
※健康保険証をみて記入してください。				
記号・番号				
発行機関（健康保険組合等）	保険者番号			
	名称			
子ども氏名		（生年月日　　年　　月　　日　　）		

医療証番号	
傷病名	□別添のとおり　□不詳 □他（　　）
療養期間	年　　月　　日から 日まで （　　日間）
医療機関	□所在地 （　　） □別添のとおり □名称 （　　） □別添のとおり

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 農協 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所
預金科目	普通 当座	口座番号
口座名義人	カタカナで書いてください。	

入院・入院外の別	□入院 □入院外	家族療養附加金等の有無	□有 □無
申請額	円		
申請理由	□国民健康保険法による療養費が支給された □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等が支給された □県外受診 □証未提示 □その他（　　）		

受付		預金通帳等の確認		電算入力	