

様式第5号(第7条関係)

御坊市子ども医療費支給申請書									
年 月 日									
御 坊 市 長 様									
住 所									
氏 名									
電話番号 ()									
公費負担番号								住所	御坊市
受給者番号	/								
子 ども	氏 名								
	生 年 月 日							年 月 日	
加 入 医 療 保 険	被保険者又は組合員氏名								
	保 険 者 名 称								
	種 類							協 ・ 組 ・ 日 ・ 船 ・ 共 ・ 国 ・ 国組 ・ 国退	
	記 号 番 号								
支 給 内 訳	自 己 負 担 額							附加給付額	支 給 決 定 額
	円							円	円
医 療 等 の 状 況 書								年 月 分	
氏 名							男・女	年 月 日生	
傷 病 名	(1)	(2)				(3)			
診 療 開 始 日	(1)	年 月 日				本 月 診 療 日 数			
	(2)	年 月 日				日			
保険診療総点数		公 費 負 担 点 数					保険診療総点数に含む入院点		
点		社保・国保 他法					点		
年 月 日									
医療機関所在地及び名称									
開 設 者 氏 名									

振 込 指 定 金 融 機 関	種 別	口 座 番 号	口 座 名 義 人	
銀 行	普 通 当 座		カナ	
信用金庫			漢字	
農 協				
そ の 他	本店 支店 支所 出張所			