

# 記入例

様式第4 (第6条関係)

## 母子・父子家庭医療費支給申請書

令和4年4月1日

江南市長

申請者住所

江南市赤童子町大堀〇〇番地

母親または父親の住所・氏名等を記入してください。

氏名 江南 花子

下記のとおり医療費の支給を申請します。

電話 0587 - 54 - 1111

受給者	法別	番号	818 - 123456				加入医療保険	保険者名			
	氏名		江南 太郎					記号番号			
	生年月日		昭 <sup>平</sup>	□年	○月	△日		被保険者名			
						付加給付		有・無			
傷病名											
医療機関											
所在地 江南市布袋町××番地											
名称 △△病院											
医療を受けた期間		平・令 年 月 日から				日間		□入院		申請額	円
		平・令 年 月 日まで						□入院外			
申請理由		<input type="checkbox"/> 医療保険において療養費等が支給された。 <input type="checkbox"/> 県外で医療等を受けた。 <input type="checkbox"/> その他									
備考		振込先口座の内容を記入してください。 申請者名義以外の口座へ振り込む場合は、委任状が必要です。 ただし、未成年者の名義へは振り込みできません。									
支払方法		金融機関		銀行口座		普通		口座名義人		フリガナ	
1 現金		△△		農協		座		6543210		コウナン ハナコ	
2 口座振込		〇〇		信用金庫		番				江南 花子	
		支店		号							

金融機関番号 ( ) 店舗番号 ( )

※下記の欄は記入しないでください。

医療費総額	公費負担額	助成割合	助成算出額	高額療養費、付加給付金	支給決定額
①	②	③	(①-②) × ③	④	④ - ⑤
円	円	割	円	円	円

・医療機関(診療科)ごと、診療月ごとに申請書が必要です。  
 ・入院・外来ごとに申請書を分けてください。

受付者	入力者	確認者
-----	-----	-----

母子・父子家庭医療費支給申請書

令和 年 月 日

江南市長

申請者住所

氏名

下記のとおり医療費の支給を申請します。 電話 - -

受給者	法別	番号	818 -		加入医療保険	保険者名	
	氏名					記号・番号	
	生年月日	昭・平	年	月		日	被保険者名
						付加給付	有・無
傷病名							
医療機関		所在地 名称					
医療を受けた期間	平・令	年	月	日から	日間	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外	申請額 円
		平・令	年	月	日まで		
申請理由		<input type="checkbox"/> 医療保険において療養費等が支給された。 <input type="checkbox"/> 県外で医療等を受けた。 <input type="checkbox"/> その他					
備考							
支払方法		金融機関	銀行	口座番号	普通	口座名義人	フリガナ
1 現金			農協				
2 口座振替			信用金庫				
			支店				

金融機関番号 ( ) 店舗番号 ( )

※下記の欄は記入しないでください。

医療費総額	公費負担額	助成割合	助成算出額	高額療養費、 付加給付金	支給決定額
①	②	③	(①-②) × ③ ④	⑤	④ - ⑤
円	円	割	円	円	円

受付者	入力者	確認者
-----	-----	-----