## 記入例

母子 · 父子家庭医療費支給申請書

治療を受けた方(受給資格者)の住所・氏名 等を記入してください。

ただし、受給資格者が未成年の場合は保護者 の氏名を記入してください。

下記のとおり申請します。

令和 **O** 年 **O** 月 **O** 日

申請者 住 所 江南市赤童子町大堀〇〇番地

氏 名

江南 太郎

電 話 0587-54-1111

受	給	者 番	备 号	<u>1.</u>	8 1 8	3 –	1	23456	ĉ	tin.		,			
受給	住		所	ŕ	☑申請者に	同じ				加入医病	保険者	名			
受給資格者	氏		名			江南	花子	•		療保険	被保険者	Ż			
有	生	年 月	日	ı	昭和平成	O 4	F O	月 O	日		付加給	付	7	有・	無
傷	;	病	4	名											
					所在地		;	工南市	布袋町	[×:	×番地				
医	療	機		푈	名 称		ΔΔ	病院			内科 耳鼻咽喉科			形・皮原 歯科・詞	
医	療を	受	け 1	た	令和	年	· 月		日から	)		88	[	□ 入	院
期			ħ	間	令和	年	月		日まて	2	Ħ	間	[	□ 入隊	完外
申	請	理	E	由	振込先		]容を記 <i>기</i>			•	委任状が必	・車で			
備			ā	考							要は <b>が</b> が きません。 ———	· 🗴 C	7 0		
振	込	П	<u>J2</u>	莝	機	000		万庫協 番 号	普	通 <b>65</b>	43210	口座名義	ם י	<sub>タカナ</sub> <b>ウナン</b>	タロウ
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	※下記療 療費		は記り額り		しないでく <i>1</i> 成 割	ぎさい。 合助	成算	出額	不払	い額	i 高額療付加病			支給	決定額
			円			割		円			円		円		円

補装具	申請内容確認	
	学校でのケガ	
	学校以外	

入	確	
力	認	

## 母子 · 父子家庭医療費支給申請書

令和 年 月 日

江 南 市 長

補装具 申請内容確認
□ 学校でのケガ
□ 学校以外

申請者 住 所

氏 名

下記のとおり申請します。

電 話

日本語書に同じ	受	給	去	番	号	8 1	Q.									$\Box$
住 所		/\п	70	- 18	73								保険者名	1		
集年月日     昭和・平成 年月日     日間     付加給付 有・無       傷病名     所在地       医療を受けた 令和 年月日から 日間 令和 年月日から 日間 令和 年月日まで 日間 一入院外       申請理由 一様装具 一名の他     本融機関番号(カタカナ) 産産機関番号(大下記の欄は記入しないでください。     金融機関番号(大下記の欄は記入しないでください。     本部・大田・大田・大田・大田・大田・大田・大田・大田・大田・大田・大田・大田・大田・	受验	住			所	_ , ,,,,						医				
集年月日     昭和・平成 年月日     日間     付加給付 有・無       傷 病 名     所在地       医療を受けた 令和 年月日から 日間 今和 年月日から 日間 一入院外       申請理 由 は装具 日本の他     日間 日まで 日間 日本	和資格者	氏			名							保	被保険者名			
医療機関     名称     内科・外科・整形・皮膚科 耳鼻咽喉科・調剤薬       医療を受けた 令和 年 月 日から 期 令和 年 月 日まで 目間	伯	生	年	月	日	昭和•平	成	年	J	]	月		付加給付	-	有 · 無	
医療機関     名称     内科・外科・整形・皮膚科 耳鼻咽喉科・眼科・歯科・調剤薬医療 を受けた 令和 年 月 日から 日間 口入院外間 令和 年 月 日まで 日間 口入院外 日間 口入院外 日間 口機共具 口を 確認 音 長 日間 口 (カタカナ) 座 名 裏 信信用金庫	傷		病		名											
名称     内科・外科・整形・皮膚科 耳鼻咽喉科・眼科・歯科・調剤薬       医療を受けた     令和年月日から日間						所在出	也									
期     間     令和     年     月     日間     □ 入院外       申     請     理     日間     □ 入院外       備     考     日間     □ 八房外       様     □ その他     ● 通     □ (カタカナ)       藤     ○ 大店     ● 通     ○ 人院外       藤     ○ 大店     ● 通     ○ 人院外       藤     ○ 大店     ● 通     ○ 人名       ※下記の欄は記入しないでください。     ○ 大路決定額       医療費総額助成割合助成算出額     不払い額     高額療養費、 大給決定額       付加給付金     文給決定額	医	療		機	関	名 1	练									j
期       間       令和       年       月       日まで       □ 入院外         申       請       理       一       本の他       日本の他       日本の本の他       日本の本の他       日本の本の他       日本の本の他       日本の本の他       日本の本の他       日本の本の本の他       日本の本の本の本の本の本の本の本の本の本の本の本の本の本の本の本の本の本の本の	医	療を	· 5	きけ	た	令利	<u>-</u>	年	月		日かり	ò			□ 入 院	
申 請 理 由       □ 補装具         □ その他         据 ろ ロ 座 機 関 ラ ( ) 店舗番号 ( ) ※下記の欄は記入しないでください。       丁 百 日	期				間	令和	Ī	年	月		日まっ	で	H II		□ 入院外	
□ その他							県外	受診						•		
□ その他	申	譮		理	由		補装	具								
備     考       振込口座     金融機関番号(大き)     度番号(大き)       金融機関番号(大き)     大き店号       ※下記の欄は記入しないでください。       医療費総額助成割合助成算出額     不払い額高額療養費、付加給付金       大きたいの       (付加給付金	'	H13		-1.	I											
振 込 口 座 機 銀 行信用金庫 農 協 者 男 係 額 助 成 割 合 助 成 算 出 額 不払い額 高額療養費、付加給付金 で 対加給付金 で 対加給付金 で 対加給付金 で 対 でください。							その	他								
振 込 口 座 機 機 度 協 座 費 協 を 者 支 店 号 タ	備				考											
振 込 口 座 機 機 者 者 名 義						金			銀	行	普	通		П (	カタカナ)	
機	振	込			座	融					至			座		
関	3,24				,	機			± r		昏			名		
※下記の欄は記入しないでください。         医療費総額助成割合助成算出額       不払い額高額療養費、付加給付金         が加給付金		<u> </u>	三山松	<b>払月月</b> -死	· <u>□</u> .	関 (	)	亡给系		5 F	<u> </u>			義		
付加給付金						しないでく		い。			)					
円     割     円     円     円	医	療	事 注	総都	動	成割	合	助成	算出	出 額	不払	い額			支給決定額	
円																
				<u> </u>	]		割			円			円	円		円