様式第４号（第５条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受給者番号 |  |
| 子ども医療費支給申請書　　　　　　　　年　　月　　日　（宛先）津島市長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住 所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　　氏 名　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電 話　　　　　下記のとおり、子ども医療費の支給を申請します。 |
| 被保険者証の記号番号 |  | 保険者名 |  | 附加給付の有無 | 有・無 |
| 子ども氏名 |  | 男・女 | 傷病名 |  |
| 生年月日 | 年　 月 　日 |
| 通院区分 | 入院・入院外 | 療養期間 | 　　　　　年　　　月　　　日から　　　　　年　　　月　　　日まで |
| 医療機関 | 所在地名　称 |
| 医療費総額 | 円　　 |
| 申請額 | 円　　 |
| 支払方法 | 　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 (フリガナ) 　　口座番号　　 　口座名義普通　当座　　 　　　銀行　　　　　支店 　　　　　　　　　　　　　 |
| 申請理由 | １　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が支給された。２　その他（　県外受診　　　　入院　　　　　補装具　　　　　　） |

備考　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とする。