

京丹後市子ども医療費支給申請書

フリガナ		加入している医療保険	保 険 者 番 号					
対象者氏名								
生年月日	平成 年 月 日(歳)		記 号 ・ 番 号					
※受給者証をお持ちの方のみ 未就学児・小学生(入院のみ)								
受給者証番号								
保育所名等	京丹後市立	保育所・幼稚園						
学校名等	京丹後市立	小・中学校()年						
負傷・疾病等の発生場所 ①か②を囲んでください。	① 保育所・幼稚園・小・中学校内 保育所・幼稚園・小・中学校の管理下における事由によるもの			② 保育所・幼稚園・小・中学校以外				
平成 年 月 診療分								
療養を受けた医療機関等名	入院・入院外等の別					※ 支給決定額 (円)		
	入院・入院外・歯科・調剤・その他()							
	入院・入院外・歯科・調剤・その他()							
	入院・入院外・歯科・調剤・その他()							
	入院・入院外・歯科・調剤・その他()							
	入院・入院外・歯科・調剤・その他()							
	入院・入院外・歯科・調剤・その他()							
	入院・入院外・歯科・調剤・その他()							
振込先金融機関 (初めて申請される方は必ずご記入ください) ※2回目以降は必要ありません	銀 行			口座種別		普 通 ・ 当 座		
	信用金庫			口座番号		No.		
	農 協			フリガナ				
	京 都 府 信 漁 連			口座名義 (保護者)				
上記のとおり申請します。								
平成 年 月 日								
保護者 住所 京丹後市 番地								
氏 名 (印)								
Tel (-)								
京丹後市長 様								

※受診者の氏名及び保険点数が記入されている領収書等(レシート可)を必ず添付してください。領収書等に受診者の氏名及び保険点数の記入がない場合は、医療機関で書き足してもらってください。

※保育所・幼稚園・小学校・中学校の管理下における事由によるものとは、保育所・幼稚園・小学校・中学校における保育中、授業中、通常の経路、方法による通所(園)、通学中などにおける負傷、疾病をいいます。