

本人確認						
個人	運	旅	障	療	精	在
	転	券	害	育	神	留
	保	受	児	特	年	
	險	給	扶	児	金	

大垣市子ども医療費支給申請書

年 月 日

大垣市長様

申請者 住所 大垣市

(受給資格者) 氏名 子どもの続柄 ()

個人番号

電話

子ども	受給者証 番号	0 2 -	個人 番号	
	氏名		生年月日	年 月 日
加入 医療保険	被保険者 (世帯主) 氏名		子どもの続柄	
	記号番号		保険者番号	
振込 金融機関	金融機関名		口座名義人	口座種別
	銀行 金庫 農協 店		フリガナ	普通・当座
				口座番号

次のとおり診療等を受けたので、医療費助成金の支給を申請します。

診療月	年 月 分			
区分	外 来		入 院	
保険給付割合	1 7割	2 8割	1 7割	2 8割
	3 9割	4 定額	3 9割	4 定額
実日数	日		日	
保険総点数	点		点	
上記のうち他法公費負担対象点数	点		点	
一部負担金	円		円	

支給内訳	総医療費 A	法定保険給付額 B	附加給付等 C	控除額の計 D(B+C)	支給決定額 A-D
	(入院)				
	(外来)				

- 注) 1 この申請書を提出の際、現在加入の医療保険の被保険者証、受給者証、領収書を持参してください。
 2 療養費の支給の対象となる医療(やむを得ない理由で被保険者証を提示せずに受診、コルセットを装着等)を受けたときは、加入医療保険の支払決定通知書を添付してください。
 3 支給決定額の計算では、医療機関と同様の10円単位での端数処理(四捨五入)を行わないため、支給決定額が一部負担金の全額に満たない場合があります。

受付	入力	確認