

子ども医療費支給申請書									
年 月 日									
みやこ町長 様									
申請者 住 所									
氏 名									
連絡先									
次のとおり、（一部負担金・療養費）を支払いましたので、子ども医療費の支給を申請します。									
子ども医療証の 受 給 者 番 号							被保険者証等の 記 号 ・ 番 号		
子 ども 氏 名							世帯主、被保 険 者 等 氏 名		
傷 病 名									
	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		
申 請 理 由 （該当する番号を ○で囲む。）	1 医療保険各法による療養費が支給された 2 県外の医療機関等で受診した 3 その他（ ）								
振 込 先	金融機関名						支店名		種別
	銀 行 協同組合 信用金庫						支 店（所）		普通 当座
	口座名義人					口座番号			
	(フリガナ)								
(決裁欄)									