様式第7号(第11条関係)

|  |
| --- |
| 子ども医療費支給申請書　年　　月　　日宇美町長　殿　　　住所申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 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。　　　　　また、この申請に係る医療費について、保険者に付加給付の有無・金額等を照会することに同意します。 |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  | 保険種別(保険者番号) |  |
| 子どもの氏名 |  | 被保険者証等の記号・番号 |  |
| 生年月日 | 　　　 　年　　　月　　　日 | 世帯主、被保険者等の氏名 |  |
| 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 |
| 総医療費額 | 円 | 申請額 | 円 |
| 申請理由 | 1. 医療保険各法による療養費が支給された。
2. 県外の医療機関で受診した。
3. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 備考欄 |  |

※この届出書に記載された電話番号は、療養費支給業務以外の宇美町役場で執行する業務のために利用されることがあります。

申請額については、下記口座に送金願います。

|  |
| --- |
| 銀行　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　店農協　　　　　普　通・当　座　　　口座番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　フリガナ　　　　　　　　　　口座名義人　　　　　　　　　　　 |