様式第5号(第11条関係)

(子) 子どもはぐくみ医療療養費請求書

年　　月　　日

(宛先)
鳴門市長

(請求者) 住　所

氏　名　　印

(電話　　－　　)

子どもはぐくみ医療費の助成に関する条例施行規則の規定に基づき、子どもはぐくみ医療療養費として次のとおり請求します。

子どもはぐくみ医療療養費請求額			一金　　円也		
受領区分			入院・外来・コルセット等		
受領年月			年　　月分		
受療者	受給者番号		加入保険	被保険者名	
	氏名			保険証記号番号	
	生年月日	年　月　日		保険者名	

助成算定額

一部負担金額	－	付加給付額	円	＝	助成決定額
円		療養費支給額	円		円

助成決定者　　印

一金
上記請求による子どもはぐくみ医療療養費を領収しました。

年　　月　　日

資金前渡職員　　殿

氏　名　　印

上記請求による子どもはぐくみ医療療養費を下記の預金口座に振込を依頼します。

口座振替先	銀行　　支店	当・普	番号

注　1　医療機関等で発行された領収書を添付してください。
　　2　治療用装具等について保険給付のある場合には、「療養費支給証明書」を添付してください。
　　3　金融機関への口座振込を希望する場合は口座番号等を記載してください。