

様式第 5 号(第 1 1 条関係)

⑤ 子どもはぐくみ医療療養費請求書						
(宛 先)		年 月 日				
鳴門市長						
		(請求者)				
		住 所				
		氏 名				
		(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			被保険者記号番号		
	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
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。