

こども医療費助成申請書及び口座振替依頼書

令和 年 月 日
泉佐野市長 様 泉佐野市

申請者 住所
(保護者) 氏名
(電話 - -)

下記のとおり医療費の助成を申請します。
なお、下記のとおり口座振替によって支払ってください。

受給者	氏名	個人番号							
	生年月日	平・令	年	月	日	受給者番号	診療月末年齢		満
医療保険資格情報	被保険者等氏名	付加給付		有・無					
	記号	番号		枝番					
	保険者番号	保険者名称							
対象診療	医療機関								
	診察期間	令和	年	月	日から	日間	入院・外来		
口座振替	銀行名	口座番号							
	支店名	(店番)		口座	フリガナ				
	預金種別	普通・当座		名義人	氏名				

領収書の内容 (保険診療と食事療養費の自己負担分のみ1ヶ月単位で記入)

氏名			診療期間	年	月	日から
金額	円		医療区分	年	月	日まで
金額の内訳	保険点数	点		外来・入院		
	医療費	円		1. 医科 (科) 2. 歯科		
	食事療養費	円	3. 調剤 4. 装具 5. 看護 6. 移送			
医療機関等名称						7. 柔整 8. はり灸 9. その他()