

☐身元確認済（個・免・保（ ））
☐代理権確認済（ ）

こども医療費

(町単分: 円 ・ 県単分: 円)

フリガナ 受給者氏名・性別		男・女		受給者番号			
生年月日・年齢 ()		年 月 日 [小・中・高 年] 歳 ()		区分		一般・その他()	
保険者の名称 (保険者番号)		()		保険種別		国保・社保 後期高齢者医療	
健康保険の 記号・番号				一部負担 の割合		割・高額	
医療機関（診療科） 薬局等の名称・所在地				医療を受けた 期間		年 月 日から 年 月 日まで (日)	
総医療費		自己負担額 (本人支払額)		一部 自己負担額		高額療 養費等	
						福祉医 療費	
						種 類 入院 外来 歯科 調剤 ()	
添付書類 1 保険給付がなされることを証明した書類 2 保険医療機関等において発行された領収書 3 医療保険が療養費払いの場合には、療養費支給証明書 4 家族療養費付加金等がある場合は、付加給付等支給額証明書							
香美町長 様 上記により医療費の支給を申請します。 年 月 日 申請者 住 所 氏 名 () 電話番号 ()							
振込先	金融機関名 (支店名)		口座 番 号	普・当		(フリガナ) 口座名義	