

子ども 医療費月額限度額 支給申請書

＜受給者＞ (医療機関で診療を受けた方)

フリガナ		生年月日	年	月	日
氏名		個人番号			
住所 (建物名等)		市処理欄	宛名番号		
			受給者番号		

＜合算の対象となる方＞ (受給者と同じ世帯にいる子ども医療費受給者)

フリガナ			
氏名			
受給者番号			

＜申請者＞ (保護者)

北見市長 様 (申請日) 年 月 日
 子ども医療費月額限度額の支給を受けたいので、領収書を添えて申請します。

フリガナ		生年月日	年	月	日
氏名	署名	個人番号			
		電話番号	-	-	
住所 (建物名等)	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ (記入不要)		続柄	受給者から見て	

＜受取口座＞ (申請者の口座)

口座名義人	カナ					
郵便局の通帳に振込	通帳の記号			通帳の番号		
	1		0	-		1
銀行口座に振込			口座番号			
銀行・信金・労金		本店	<input type="checkbox"/> 普通			
信組・農協・漁協		支店	<input type="checkbox"/> 当座			

※やむをえず口座を
利用できない場合

為替証書払い
 窓口払い

市処理欄
-

北見市使用欄

本人確認	年 月分	診療区分	入院 ・ 他 ()	
①番・免・パ・手帳 他 ()	診療区分 ・ 医療機関名		種別	一部負担金額
②証・年金・児童・バス 社員・学生 他 ()			現物・償還	
			現物・償還	
代理権確認手段 受給者証・保険証 障害者手帳・委任状 他 ()			現物・償還	
	合計 (A)			
添付書類	審査	月額限度額 (B) 多数該当	(入院) 円	
<input type="checkbox"/> 領収書の写し <input type="checkbox"/> 他 ()		次のとおり決定してよろしいか	支給決定額 (A) - (B) 円	
備考			第 4 類	
		課長	係長	係

