

児童生徒医療費助成申請書

年 月 日

伊達市長 菊谷秀吉 様

申請者 住所
氏名 印

児童生徒医療費の助成を受けたいので、証拠書類を添えて申請します。

申請額 金 円

受給対象者	加入医療保険	保険種別	政・組・日・船・共・国		記号番号	
		発行機関名				
		住 所	伊達市大滝区			
		氏 名		生年月日	年 月 日生	
		保 護 者 名		受給者との続柄		
添付書類	医療機関の発行した領収書等 健康保険所の写し					
医療費の支払方法	1. 現金払	金融機関名	銀行・農協 信金			支店
	2. 口座払	口座番号				
		名義人				

医療機関内訳

名 称	住 所	医 療 費 額

児童生徒医療費助成申請書

記入例

〇〇年 〇月 〇日

伊達市長 菊谷秀吉 様

申請者 住所 伊達市大滝区本町85番地
氏名 大滝太郎 印

児童生徒医療費の助成を受けたいので、証拠書類を添えて申請します。

申請額 金 担当者が記入します 円

受給対象者	加入医療保険	保険種別	政 組・日・船・共・国	記号番号	室 〇〇〇 4
		発行機関名			
		住所	伊達市大滝区本町85番地		
		氏名	大滝太郎	生年月日	〇〇年 〇月 〇日生
	保護者名	大滝花子	受給者との続柄	父	
添付書類	医療機関の発行した領収書等 健康保険所の写し				
医療費の支払方法	1. 現金払	金融機関名	伊達 銀行・農協 信金 壮瞥 支店		
	2. 口座払	口座番号	00000001		
		名義人	申請者と同じ氏名		

医療機関内訳

名称	住所	医療費額
〇〇病院	伊達市〇〇町〇〇番地〇	担当者記入
□□医院	伊達市□□町□□番地□	担当者記入
△△クリニック	伊達市△△町△△番地△	担当者記入
※書ききれない場合は別紙のとおり		