

年 月 日

松原市長 殿

子ども医療費支給申請書  
及び口座振込依頼書

|         |  |
|---------|--|
| 公費負担者番号 |  |
| 受給者番号   |  |

申請者 住所 松原市  
氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
電話 \_\_\_\_\_

下記のとおり医療費の支給を申請します。  
なお、口座振込によって支払ってください。

|        |                |   |      |                 |                     |  |
|--------|----------------|---|------|-----------------|---------------------|--|
| 受給者    |                |   |      | 生年月日            |                     |  |
| 加入医療保険 | 被保険者           |   |      | 種別              | 協・組・日・船・共・国・国組・自・特定 |  |
|        | 記号             |   | 番号   |                 | 保険者番号               |  |
|        | 負担割合           | 割 | 付加給付 | 有・無             | 保険者名                |  |
| 口座振込   | 銀行・信金<br>信組・農協 |   | コード欄 | 預金種目            | 普通・当座・貯蓄            |  |
|        | 支店<br>出張所      |   |      | 口座番号            |                     |  |
|        |                |   |      | 口座名義人<br>(カタカナ) |                     |  |

|      |                                       |                          |
|------|---------------------------------------|--------------------------|
| 委任状欄 | 年 月 日                                 |                          |
|      | 支給される医療費の受領に関する一切の権限を<br>.....に委任します。 |                          |
|      | 申請者                                   | 住所 _____<br>氏名 _____ (印) |