

受給資格証	資 格 証 記 号 ・ 番 号		加 入 保 険	被保険者 氏 名	
	氏 名			保 険 証 記 号 番 号	
子ども	氏 名				保 険 者 名
	生 年 月 日				
医療機関名	名 称				
	所 在 地				
医療内容	入院・入院 外の別	入 院 ・ 入 院 外			
	期 間	から まで			
申請額 金 円					
内訳 本人支払額 円 (別紙領収書のとおり)					
控 除 額 円					
差 引 円 (助成対象額)					
上記のとおり申請します。					
年 月 日					
住所					
申請者 氏名					
TEL					
安来市長 様					
口座振込依頼書	この支払金は、下記指定の預金口座へ振込み願います。				
	銀 行 本 店 代理店				
	信用金庫 支 店				
	農 協 支 所 出張所				
普通預金 (フリガナ)					
当座預金 口座番号 口座名義					