

記入例

第1号様式（第9条関係）

子ども医療費助成申請書

受給者番号		被保険者等氏名			
保険の種類	1国保 2国組 3政管 4組合 5日雇 6船員 7共済	被保険者等記号番号			
保険者名	符号	名称			
ふりがな	あやせ いちろう		生年月日	平成〇〇年〇月〇日	
こどもの氏名	綾瀬 一郎				
申請の種類	①一般 2 歯科 3 薬剤 4 看護 5 補装具 6 その他				
入院・入院外の別	1 入院 ②入院外				
診療等を受けた期間	〇年〇月〇日				
医療費総額	円	助成申請額	円	受診歴の1番古いものをご記入ください (所在地は記入不要)	
病院等の名称 所在地	〇〇子どもクリニック 他				
申請理由	県外受診、医療証未発行 など				
振込先	〇〇 銀行	〇〇 支店	①普通 ②当座	口座番号 フリガナ 口座名義	1234567 アヤセ タロウ 綾瀬 太郎
上記のとおり、子ども医療費の助成を申請します。					
綾瀬市長 殿				住所	早川550番地
				申請者氏名	綾瀬 太郎
				電話	() -

医療費助成事務に当たり、申請者、配偶者及び同居者の綾瀬市国民健康保険の加入状況を国民健康保険情報により確認することについて同意します。

- 備考 1 受給者番号欄には、こどもの医療証の交付を受けている方のみ記入してください。
2 加入保険欄には、対象のこどもの加入保険内容を記入してください。被保険者等氏名の欄には、国民健康保険に加入している方は、世帯主氏名を記入してください。
※保険情報の写しを添付すれば、記入不要です。
3 振込口座は、申請者の方の名義の口座を記入してください。
4 申請に当たっては、保険の療養費支給決定通知書又は次に掲げる項目を
確認できる領収添えてください。
(1) 入院・入院外の別（入院の場合は入院日数） (2) 受診者の氏名
(3) 領収書（入院時の給食費を除く。） (4) 保険診療点数 (5) 診療年月日
(6) 領収年月日 (7) 病院等の所在地、名称、領収印

記入例

請求書

綾瀬市長 殿

年 月 日

申請者の情報をご記入ください。

住 所 綾瀬市早川550番地

請 求 者 綾瀬 太郎

下記の金額を請求いたします。

納入先(課名・学校名)	請求番号	合計金額
児童青少年支援課		円也
品名	数量	金額
こども医療費助成金		円

記載内容を訂正する場合は、必ず二重線を引き、訂正印を押して(もしくはフルネームのご記入)ください。

■ 口座の場合

フリカ ` ナ	アヤセ タロウ		
口座名義人	綾瀬 太郎		
金融機関コード	XXXX	支店コード	XXX
金融機関名	△△銀行	支店名	〇〇支店
預金種目	普通	口座番号	1234567

申請者名義の口座情報をご記入ください。