

受付者	
-----	--

第 1 号様式（第 9 条関係）

こ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組合 4協会 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						生年月日	平成・令和	年	月	日
こどもの氏名										
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			年	月	日から	年	月	日まで		
医療費総額						助成申請額	円			
病院等の名称										
所在地										
申請理由	県外受診 ・ 医療証未発行 ・ その他（ ）									
振込先	銀行 信用金庫 信用組合 労働金庫 農協				1 普通	口座番号				
	支店				2 当座	フリガナ				
						口座名義人				
上記のとおり、こども医療費の助成を申請します。										
（宛先）綾瀬市長										
住所 綾瀬市										
申請者 氏 名										
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所得税課税額を課税台帳により、綾瀬市国民健康保険の加入状況を国民健康保険資格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 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。
- 3 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書を添えてください。
- (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

請 求 書

綾瀬市長 殿

住 所

年 月 日

請 求 者

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

■ 口座の場合

フリカ、ナ			
口座名義人			
金融機関コード		支店コード	
金融機関名		支店名	
預金種目	普通	口座番号	