

第4号様式（第9条関係）

小児医療費助成申請書

令和 年 月 日

（宛先）座間市長

申請者 住 所 座間市  
氏 名  
電 話 ( )

次のとおり申請します。

受給者番号									被保険者等氏名	
保険の種類	1 国保 5 日雇	2 組国 6 船員	3 協会 7 共済	4 組健 8 日鉄	保険証記号番号			記号	番号	
保険者番号								保険者名称		
フリガナ 小児の氏名					生年月日		平成 令和	年	月	日
申請の種類	1 一般 2 歯科 3 薬剤 4 看護 5 移送 6 補装具 7 その他									
入院又は入院外の別	1 入院 2 入院外									
申請の理由	1 県外受診 2 医療証交付前の受診 3 入院医療費のみ対象 4 償還払いの対象 5 医療証を忘れた 6 その他 ( )									
振 込 先	金融機関名		銀行 信用金庫 金庫 信用組合 農協		支店名			支店 出張所		
	フリガナ 口座名義人					1 普通預金 2 当座預金				
	口座番号									

事務処理欄	
助成決定額	円