

小児医療費助成申請書

記入例

(宛先) 座間市長

領収証原本を添付

また、医療費の助成の審査に必要な限度で、私
簿等により確認することに同意します。

健康保険 家族（被扶養者）
被保険者証 記号 111 番号 222
氏名 座間 一郎
被保険者 座間 太郎
保険者番号 12345678
保険者名称 ○○健康保険組合

該当

該当

受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	被保険者等氏名	座間 太郎		
保険の種類	1 国保 2 組国 3 協会 4 組健 5 日雇 6 船員 7 共済 8 日鉄			保険証記号番号				記号	111	番号	222
保険者番号	12345678				保険者名		○○健康保険組合/○○共済組合 等				
フリガナ 小児の氏名	ザマ イチロウ			生年月日				令和元年 5月 1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・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	座間		銀行 信用金庫 信用組合 農協	支店名		座間		支店出張所		
	フリガナ 口座名義人	ザマ タロウ		座間 太郎		1 普通預金 2 当座預金					
	口座番号	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
申請者 (養育者)	住所	座間市緑ヶ丘一丁目1番1号									
	氏名	座間 太郎									
	電話番号	046-255-1111									
配偶者	住所	同上									
	氏名	座間 花子									

※申請者（養育者）とは対象小児を監護し生計を維持する者のうち、生計を維持する程度の高い者を言います。