

三沢市子ども医療費給付申請書

申請日を記入してください。

令和●年△月■日

保護者の情報を記入してください。**保険証の扶養者**が保護者となります。

電話番号は、日中連絡可能な電話番号をご記入をお願いします。

太枠内をご記入ください。

お子様の情報を記入してください。

| | | |
|----------------|-------------------|-------------------|
| 保護者(独立している子ども) | 住所 | 三沢市桜町1丁目1-38 |
| 保護者(独立している子ども) | 氏名 | 三沢 太郎 |
| 電話番号 | (父) 080-0000-1111 | (母) 090-1111-2222 |
| 資格証番号 | 三沢市第 | 号 |
| 有効期限 | 年 | 月 日 |

三沢市子ども医療費給付条例第7条の規定による 年 月分医療費の給付を申請します。

| 対象者氏名 | 生年月日 |
|-------|---------------------|
| 三沢 花子 | 令和●年 △月 ■日 (×歳) |

| | | | | | |
|------|---|---|---|---|----|
| 加入保 | 国 | 協 | 組 | 共 | その |
| | | | | | |
| 口座登録 | 有 | | 無 | | |

扶養者の口座を記入してください。

| | |
|-------------|-----------------------------------|
| 金融機関名 | ゆうちょ <small>(銀行・農協 信金・信組)</small> |
| 支店名 | 八四八 支店() |
| 預金種目 | ① 普通 2 当座 |
| 口座名義人(カタカナ) | ミサワ タロウ |
| 口座番号 | 1234567 |

| | | | | |
|---------|--|----------------------|--------|------------|
| 医療機関証明欄 | 保険診療総点数 (入院食事療養費を除く) | 入院 点 外来 点 点(円) | 他方負担 点 | 一部負担受領額 点円 |
| | 上記の一部負担金を受領したことを証明する。 | | | |
| | 医療機関等の所在地・名称 開設者氏名 ⑨ | | | |

| 一部負担額 A | 高額療養費 B | 付加給付金 C | 給付決定額 D (A-B-C) |
|---------|--|---------|-----------------|
| 入 | 申請書1枚につき、受診月1ヶ月分の申請となります。 【例】受診した月が3ヶ月分→申請書3枚 | 計 | 給付対象外 E |
| 外 | | | |
| 調 | | | |
| 装 | | | |
| 計 | 計 | | |

