

こども 医療費助成申請書（令和 年 月 診療分）

裾野市長 様

令和 年 月 日

医療費の助成を受けたいので、下記の
とおり申請します。

なお、受給資格確認等のため裾野市が
所有する公簿の確認に同意します。

裾野市

住所：

申請者
(保護者)

氏名：

(受診者との続柄 父・母・その他)

(電話 - -)

※ 口座名義人と同じ人を申請者にしてください。

記

受診者	氏名		生年月日		受診時	受診時年齢	学年(小学生以上)			
			平成 令和	年 月 日		歳	小学・中学・高校 年生・他			
お子さまの加入医療保険	被保険者氏名					振込先	☐ 以前に申請した時の口座でよい			
	被保険者証	記号		番号			☐ 下記の口座を登録する(新規・変更)			
	資格取得年月日	平成・令和	年	月	日		金融機関名	銀行・信金 農協・労金		
	保険者名	☐ ()健康保険組合					支店名	支店・本店 店・出張所		
		☐ 全国健康保険協会 ()支部								
		☐ ()国民健康保険組合					普・当			
☐ ()共済組合()支部				名義人(カナ)						
☐ 裾野市国保 ☐ その他 ()										
申請理由	☐ 受給者証交付申請中 ☐ 県外の医療機関受診 ☐ 補装具									
	☐ 受給者証の未提示 ☐ 公費負担医療の一部負担金 ☐ その他									
☐ 医療保険切り替え中 (制度名：) ()										
診療の内容	通院	診療日	医療機関・薬局名		入院	入院期間	日 ~ 日	日間		
		日				医療機関名				
		日								
		日				入院期間	日 ~ 日	日間		
		日				医療機関名				
		日								

※市記入欄

診療月 年 月	件数	A 保険適用による 自己負担	B 食事療養費 標準負担額	C 医療費 自己負担	小計	合計
通院	件	円		円	(A-C) 円	円
入院	件	円	円		(A+B) 円	

今回の助成総額	円
---------	---