

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。

住所 : 裾野市  
 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	子ども						
			平成・令和 年 月 日			小学・中学・高校 年生・その他						
お子さまの加入医療保険	被保険者氏名					振込先	<input type="checkbox"/> 以前に申請した時の口座でよい <input type="checkbox"/> 下記の口座を登録する(新規・変更)					
	被保険者証	記号	番号		金融機関名		銀行・信金 農協・労金					
	資格取得年月日	平成・令和 年 月 日					支店名	支店・本店 店・出張所				
	保険者名	<input type="checkbox"/> ( )健康保険組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会( )支部 <input type="checkbox"/> ( )国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> ( )共済組合( )支部 <input type="checkbox"/> 裾野市国保 <input type="checkbox"/> その他( )					普・当					
申請理由	<input type="checkbox"/> 受給者証交付申請中 <input type="checkbox"/> 県外の医療機関受診 <input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> 受給者証の未提示 <input type="checkbox"/> 公費負担医療の一部負担金 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 保険証切り替え中      (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			入院期間	日 ~ 日	日間						
	日			医療機関名								
	日											
	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 子ども医療費自己負担	小計	合計
通院	件	円	/	円	(A-C)	円
入院	件	円		円	(A+B)	

今回の助成総額 円