

裾野市長 様

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 : 印
 (受診者との続柄 父 ・ 母)
 (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	乳幼児						
	(男・女)		年 月 日			歳						
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	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 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