

記入例

八街市子ども医療費助成金支給申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

八街市長 北村新司 様

〒289-1115

住 所 八街市八街ほ〇〇番地〇〇

申請者 氏 名 千葉 一郎

電話番号 043-〇〇〇-〇〇〇〇

申請者は、該当する子どもの保護者とし口座名義人と一致させてください。認め印は忘れずお願いします。

子ども医療費の助成を償還払いにより受けたいので、八街市子ども医療費の助成に関する規則第9条第3項の規定により、下記のとおり申請します。

記

フリガナ	チバ ハナコ									
子ども氏名	千葉 花子									
生年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日									
受給者番号	0	1	2	3	4	5	6			
保険の種別	保険者名称	〇〇〇〇健康保険組合								
	記号・番号	〇〇〇 ・ 〇〇〇〇								
	附加給付	有・無 自己負担限度額 円 円未満切り捨て								
振込口座	金融機関名				店番号					
	〇〇	銀行	金庫・組合	〇〇	本店・支店	1	2	3		
	農協				本所・支所					
	口座番号	普通・当座		1	2	3	4	5	6	7
	フリガナ	チバ イチロウ								
氏名	千葉 一郎									

ご加入の保険者から高額療養費や附加給付の給付があった場合にご記入ください。

振込口座は、申請者の口座内容をご記入ください。申請者と異なる口座には振り込みできません。

※持参するもの

- ①印鑑、②子どもの健康保険証、③受給券、④領収書（総医療費の記載がない場合は医療費計算書を添付する必要があります。）、⑤保護者の口座内容がわかるもの（通帳等）