

こども医療費助成金支給申請書

年 月 日

（あて先） 富士市長

住 所 富士市

申請者

氏 名

電 話

次のとおり助成金の支給を受けたいので申請します。

こども	ふりがな					保 険 種 別	1 国民健保 2 協会けんぽ 3 組合健保 4 共済組合健保 5 船員保険
	氏 名						
	生 年 月 日	年	月	日			
	受給者番号						
	保険者番号						
助成金振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農協 労働金庫	店名	本店 支店	店番		
	口座種別	(普通)		(フリガナ) 口座名義人			
	口座番号						
※ 療 養 の 内 容 等	傷 病 名			受診回数	回	入院実日数	日間
	療養の区分	1入院 2入院外 3歯科 4薬剤 5その他 ()					
	診療報酬請求点数	点		療養を受けた医療取扱機関			
	他	点					
	法	点					
※ 審 査 欄	療養に要した費用	円	支給申請額		円		
	保険者負担額	円	自己負担額				
	公費・他方負担額	円			円		
	付加給付額	円	助成金支給額				
	一部負担の割合	割			円		

※欄は、記入しないでください。

※ 確 認	診療年月	年	月			
	受診回数	0	1	2	3	4 証なし