

こども医療費助成金支給申請書

〇年 〇月 〇日

（あて先） 富士市長

住 所 富士市永田町1-100

〇〇アパート101号

申請者

氏 名 富士 太郎

電 話 090-1234-1111

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	ふじ いちろう				保 險 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	富士 一郎						
	生 年 月 日	〇年 〇月 〇日						
	受給者番号	030XXXXX						
	保険者番号	06XXXXXXXX						
助成金振込先	金融機関名	〇〇	銀行 信用金庫 農協 労働金庫	店名	XXX	本店 支店	店番	〇〇〇
	口座種別	(普通)			(フリガナ) 口座名義人	フジ タロウ		
	口座番号	0123456				富士 太郎		
※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 法				点			
					点			
			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	円	
	公費・他方負担額				円			
	付加給付額				円			
	一部負担の割合				割	助成金支給額	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