

## 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)	フジ タロウ			
	口座番号	0123456			口座名義人	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					
※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