

様式第4号（第9条関係）

御殿場市子ども医療費助成申請書（ 年 月診療分）

令和 年 月 日

御殿場市長 様

住 所

受給資格者 氏 名

電話番号

別紙のとおり医療費を支払いましたので、御殿場市子ども医療費助成規則第9条第2項及び第3項の規定により、助成金の支払を申請します。

受給者番号		第 07 号			
子ども	フリガナ氏名	住所		御殿場市	
		生年月日		令和 平成 年 月 日	
子どもの加入健康保険	記号	番号		<input type="checkbox"/> 以前に申請した時の口座を利用 <input type="checkbox"/> 下記の口座を登録	
	保険者	健康保険組合 共済組合 全国健康保険協会 国民健康保険		振込先	金融機関名 銀行・信金 農協・労金
	被保険者氏名			支店名	本店・支店
	資格取得年月日	年 月 日		口座種別 口座番号	普・当
				フリガナ 名義人	

（注）「子どもの加入健康保険」欄及び「振込先」欄は、それぞれその内容を証する書類を添付することで、記載を省略することができます。

御殿場市 健康福祉部 子育て支援課 TEL 0550-82-4124

《市使用欄》

身元確認書類	申請者	領収書の返却	保育園・幼稚園・学校管理下でのケガ等の有無。 または、交通事故等による第三者行為の有無。	あり なし
<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 受給資格者 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		

診療月 R 年 月	負担割合	日数	保険診療による自己負担額	食事療養費標準負担額	小計
入院 / ~ / 点					
通院 点					
薬剤 点					
				今回の助成総額	