

子どもの医療費等助成申請書(償還払用)

平成 年 月 日

習志野市長 宛て

申請者 (保険証の名義人)	住所			
	氏名 (子どもとの続柄:)	生年月日	(どちらかに○) 昭和 年 月 日 平成 年 月 日	
	電話	- -		

受給者番号				
受診者	フリガナ 氏名	(男・女)	生年月日	平成 年 月 日
	受診時住所		受診時年齢 又は 受診時学年	(乳幼児の場合) 歳 (どちらかに○) 小学 年生 中学 年生

申請者名義の振込先金融機関				
金融機関名 (金融機関コード)	支店名 (支店番号)	普通	口座番号	名義人(カタカナで記入)

転出予定 新住所 〒	年 月 日	電話	- -
---------------	-------	----	-----

- 1 子どもの医療費助成金算定に必要な、世帯の課税状況を確認することを承諾します。
- 2 日本スポーツ振興センターの災害共済給付等の助成は受けておりません。なお、助成を受けた場合は、子どもの医療費助成分を返還します。
- 3 高額療養費について、習志野市が過払いとなっている場合は、私が保険者から受領した高額療養費のうち、過払い相当額を習志野市へ支払います。また、習志野市が高額療養費の一部又は全部を負担した場合は、市と保険者で負担相当額について相殺することに同意します。
- 4 家族療養費附加給付金を私が保険者から受領した場合は、当該相当額を習志野市へ支払います。

資格取得日	健康保険	前回申請月	自己負担金	他の公費負担	備考
年 月 日	国・組 協会・共 その他	年 月	・ ・ ~有・無	育成・養育	
			・ ・ ~有・無		
			・ ・ ~有・無	特定・高額	