

子どもの医療費等助成申請書

令和 年 月 日

習志野市長 宛て

申請者 (被保険者)	住所	
	氏名	
	電話	— —

子ども	フリガナ		生年月日	平成・令和 年 月 日			
	氏名						
申請者 名義の 振込先	金融機関名 (金融機関コード)	支店名 (支店番号)	口座番号				口座名義 (カタカナで記入)
	()	()	普通				

同意欄

- 1 助成額の算定に必要な高額療養費及び付加給付金の支給状況等について、市が保険者に照会することに同意します。
- 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金を返還します。
- 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。

申請者

印

<市記入欄>

受給者番号				資格取得期間			自己負担金			返却希望			
				H・R	年	月	日	R	.	.	～	超・課・非	有・無
								R	.	.	～	超・課・非	
				H・R	年	月	日	R	.	.	～	超・課・非	
受付	計算	計算 確認	入力	入力確認 ①	入力確認 ②	入力確認 ③	助成額			振込日			
							円						