

記入例

子どもの医療費等助成申請書(償還払用)

習志野市長 宛て

令和●●年●

お子さんの健康保険証の被保険者の方。ただし、被保険者が市外在住の場合は、市内在住の保護者の方をご記入ください。

申請者 (保険証の名義人)	住所	習志野市鷺沼2-1-1		
氏名	習志野 太郎 (子どもとの続柄: 父)	生年月日	(どちらかに○) 昭和 60年10月1日 平成	
電話	047-451-1151			

子ども医療費助成受給券の受給者番号(7桁)をご記入ください。

受給者番号	0	1	2	3	4	5
フリガナ	ナラシノ ジロウ				生年月日	平成・令和 元年
氏名	習志野 二郎 (男・女)					
受診者	受診時住所	習志野市鷺沼2-1-1			受診時年齢 又は 受診時学年	(乳幼児の場合) 0歳 (どちらかに○) 小学 中学 年生

乳幼児は年齢を、小中学生は学年をご記入下さい。

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 1111)	支店名 (支店番号 123)	普通	口座番号	名義人(カタカナで記入)
〇〇銀行	△△支店		0123456	ナラシノ タロウ

転出予定 年 月 日
新住所 〒 - 電話 - -
転出予定がある場合のみ、ご記入ください。

原則、お子さんの健康保険証の被保険者の方の名義になります。

- 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。