

記入例

子どもの医療費等助成申請書

習志野市長 宛て

令和

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 (被保険者)	住所	習志野市鷺沼2-1-1
	氏名	習志野 太郎
	電話	047-451-1151

子ども	フリガナ	ナラシノ シロウ	生年月日	平成・令和 元年 5月 1日						
	氏名	習志野 次郎								
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)			
	〇〇銀行 (1 1 1 1)	△△支店 (1 2 3)	普通	0	1	2	3	4	5	6

同意欄

- 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同意します。
- 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。
- 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。
- 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。

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。

申請者

習志野 太郎

印

※氏名を自署することにより、押印を省略することができます。

<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	.	.	～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							