

子ども医療費助成申請書

〇〇年〇〇月〇〇日

記入例

赤字の箇所を
ご記入ください。

〒 523-8501

住所 近江八幡市桜宮町 236

申請者 氏名 八幡 太郎
(署名又は記名押印)

(TEL) 000-0000-0000

近江八幡市子ども医療費助成条例施行
規則第4条の規定により、医療費の助成をされたく申請します。
なお、保険者から高額療養費・附加給付等を受けたときは、返還することを確約
します。

入院年月 通院年月	令和〇〇年 〇〇月分		
該当者	フリガナ	ハチマン ハナコ	
	氏名	八幡 花子	
	生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日	〇〇歳
	個人番号	〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇	
加入医療保険	記号/番号	〇〇〇〇・〇〇〇〇	
	被保険者名 (保険本人)	八幡 太郎	
	保険者取得日	〇〇年〇〇月〇〇日	
	保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	
	保険者の名称	△△△△健康保険組合	
摘要	・高額療養費支給（有・無） ・附加給付金支給（有・無） ・日本スポーツ振興センター災害共済給付（ある・ない） ・他の医療費助成制度利用（ある・ない）		
払渡指定 金融機関	金融機関名	支店名	預金種別
	〇〇銀行	××支店	普通
	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	
	フリガナ	ハチマン タロウ	
	口座名義人	八幡 太郎	
自己負担額	高額療養費	附加給付等	支払決定額
入院 通院	件（日間） 月分	備考	