

別記様式第4号（第8条関係）

子ども医療費助成申請書			
近江八幡市長 宛		年 月 日	
		〒	
		住所	
		申請者 氏名	(署名又は記名押印)
		(TEL)	
<p>近江八幡市子ども医療費助成条例施行 規則第8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。</p>			
入院年月 通院年月	年 月分		
該当者	フリガナ		
	氏名		
	生年月日		歳
	個人番号		
加入医療保険	記号／番号		
	被保険者名 (保険本人)		
	保険者取得日		
	保険者番号		
	保険者の名称		
摘要要	<ul style="list-style-type: none"> ・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	口座番号
		普通	
	フリガナ		
口座名義人			
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	