様式第３号の２（第５条関係）

**子ども医療費助成申請書（領収書添付用）**

御船町長　様

　　年　　月　　日

　　　　　　　　申請者　住所

（保護者）

氏名

電話

下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 子ども | フリガナ |  | | | | | | | 受給者番号 | | | |  | | |
| 氏　名 |  | | | | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | | |
| 子どもの加入している  健康保険 | 保険者名称 | |  | | | | | | | 保険者番号 | | | |  | |
| 被保険者氏名 | |  | | | | | | | 子どもとの続柄 | | | | |  |
| 記号番号 | | 記号 | |  | | | | | 番号 |  | | | | |
| 資格取得年月日又は認定年月日 | | | | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | |
| 振込先  **※申請者と口座名義人が異なる場合は、裏面に記入願い**  **ます。** | 銀行  信用金庫  農協 | | | | | 支店 | | | | 普通  当座  貯蓄 | 口座番号 | | | |  |
| ゆうちょ銀行 | | | 記号 | |  | | | | 番号 |  | | | | |
| 口座名義人（カナ氏名） | | | | |  | | | | | | | | | |
| 申請者（保護者）と口座名義人の続柄 | | | | | | | 本人・その他（　　　　　　　　） | | | | | | | |

**※郵送により申請される場合は、子どもの保険証の写しを添付してください。**

※以下は記入しないでください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年　　月(　　日分) | 医療機関名 | 保険点数 | 一部負担額 |
| 入院 　外来 　歯科 　調剤 |  | 点 | 円 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年　　月(　　日分) | 医療機関名 | 保険点数 | 一部負担額 |
| 入院 　外来 　歯科 　調剤 |  | 点 | 円 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年　　月(　　日分) | 医療機関名 | 保険点数 | 一部負担額 |
| 入院 　外来 　歯科 　調剤 |  | 点 | 円 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年　　月(　　日分) | 医療機関名 | 保険点数 | 一部負担額 |
| 入院 　外来 　歯科 　調剤 |  | 点 | 円 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 自己負担額 | 高額療養費 | 付加給付額 | その他 | 支給決定額 |
| 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |

※申請者と口座名義人が異なる場合は、下記に記入願います。

|  |
| --- |
| 委　　任　　状  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  　　　この申請書に基づく医療費の受領を代理人に委任します。  　　代理人（口座名義人）  住　　所  　　　　　氏　　名    　　　　　生年月日　　　　　　　年　　　　月　　　　日  　　委任者（申請者）  　　　　　住　　所  　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※）  　　　　　　　　　　　　（※）本人（代表者）が自署しない場合は、記名押印してください。 |