

被爆者の子 医療費助成申請書(請求書)

記入例

(申請先)
横浜市 長

令和〇〇年 〇月 〇日

申請者 住所 〒 231-0005
(請求者) 横浜市中区本町6-50-10

フリガナ (ヨコハマ ハナコ)
氏名 横浜 花子 受給資格者との続柄 (本人)
電話番号 045-671-2451
日中連絡先 080-1234-5

【申請者】と【受給資格者】が異なる場合は、委任状が必要です。

被爆者の子医療費助成について、次のとおり申請(請求)します。

受給資格者	氏名	フリガナ (ヨコハマ ハナコ) 横浜 花子	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	昭和 <input type="radio"/> 平成 <input checked="" type="radio"/>	〇〇年 〇月 〇日生 (〇〇歳)
	住所	横浜市 中区本町6-50-10			
	電話	(045) 671-2451			
	被爆者のこども健康診断受診証	番号 〇〇〇〇〇〇〇〇	申請期間内に保険が切り替わった場合は切り替わる前と後の保険・番号を両方書いてください。		
	被保険者証発行機関名	横浜市国民健康保険(中区)	被保険者証の記号・番号	××	被保険者番号
	疾病名	(例) 肺がん、変形性関節症	医療機関で証明された診察、投薬を受けた疾病のみご記入ください		
	医療機関名称	〇〇病院、▲▲薬局	申請される医療費証明書の医療機関名を(薬局含む)すべてご記入ください		
	医療費助成請求金額	自己負担額合計 26,000 円	診断書料 2,750 円	証明書料 1,100 円	
	医療費助成受領口座	銀行 〇〇 支店 信用金庫 〇〇 農協 出張所	フリガナ (ヨコハマ ハナコ)	口座番号(右づめ7桁) 0 1 2 3 4 5 6	
	不備があった際の対応について	提出頂いた書類に不備があった際には、市から医療機関等にお問い合わせする場合があります。同意いただけない場合のみ、チェック欄にご記入ください。 市から直接医療機関等に照会することに <input type="checkbox"/> 同意しない ※同意いただける場合にはチェックは不要です。			

実親の被爆者健康手帳の番号を記載しないようご注意ください。

診断書料及び証明書料を除いた総額をご記入ください

(注 意) 1 申請者と口座名義人は同一としてください。 ※申請者と受給資格者が異なる場合は、同意いただけない場合のみ、チェック欄にご記入ください。
2 申請(請求)時に提出書類が揃っていない場合は、同意いただけない場合のみ、チェック欄にご記入ください。

※処理欄は記入しないでください。

福祉保健センター受付	局使用欄	決定区分	
		決定	決定金額
口座番号は7ケタでご記入ください(口座番号が7桁でない場合は頭に0を記入) ※ゆうちょ銀行の場合は、振込用の口座番号(7ケタ)をご記入ください		<input type="checkbox"/> 承認	円
		<input type="checkbox"/> 不承認	