記入例

被爆者の子医療費助成申請（請求）に係る同意書

令和〇年〇月〇日

（あて先）

〇〇健康保険組合 様

横浜市実施の原子爆弾被爆者の子に対する医療費助成金、被爆者の子に対する還付金など保険給付について、横浜市に提供

国民健康保険の場合
->横浜市国民健康保険(●●区役所)
健康保険組合の場合
->保険者名称をご記入下さい
(事業者名ではありません)
例:〇〇健康保険組合、全国健康保険協会、
△△職員共済組合など

Form with fields for Name (横浜 太郎), Birth Date (昭和 〇〇 年 〇 月 〇 日), Address (区 ▲▲町 ×-××), Telephone (045 (671) 2451), Insurance Issuer (〇〇健康保険組合), Beneficiary Name (横浜 花子), Beneficiary Birth Date (昭和 〇〇 年 〇 月 〇 日), and Relationship (妻). Includes callout boxes for insurance details and beneficiary information.

（注 意）

- 1 あて先は、健康保険証発行機関名をご記入ください。
2 助成対象者欄については、横浜市原子爆弾被爆者の子医療費助成制度の受給資格者と被保険者が同一である場合は、記入する必要はありません。