

記入例

被爆者の子医療費助成申請（請求）に係る同意書

申請書と同日の年月日を記入して下さい

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、
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

被 保 険 者	氏 名	横浜 太郎		
	生 年 月 日	昭和 〇〇 年 〇 月 〇 日		
	住 所 及 保 險 者 証	区 ▲▲町 ×-××		
		電話 045 (671) 2451		
	発行機関名	〇〇健康保険組合		
	記号・番号 被保険者番号	×		
助 成 対 象 者	氏 名	横浜 太郎		
	生 年 月 日	昭和 〇〇 年 〇 月 〇 日		
	被 保 険 者 と の 続 柄	妻		

保険証に記載のある「被保険者」の
氏名と生年月日をご記入下さい
※国民健康保険の場合は
受給資格者ご本人が
「被保険者」に該当します。

保険者名をご記入下さい
（事業者名ではありません）
（例）横浜市国民健康保険（●●区役所）、
〇〇健康保険組合、
全国健康保険協会、
△△職員共催組合など

ご本人からみた、被保険者との
続柄を記入してください

（注 意）

- あて先は、健康保険証発行機関名をご記入ください。
- 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。

(R7.4)