

第5号様式（第7条関係）

受給者番号	
受付年月日	

子ども医療費助成申請書（ 年 月診療分）

令和 年 月 日

（宛先）沼津市長

住 所
申請者 氏 名

（※署名又は記名押印）

電 話

次のとおり申請します。なお、この申請に関し、医療機関、保険者、学校及び国又は地方公共団体に
対し必要な情報を市が調査することについて同意します。

受 診 者	氏 名	(申請者との続柄)					金融 機関 名	銀 行 信用金庫 農 協 漁 協
	生 年 月 日	令和 平成	年	月	日生 (歳)	口 座 振 替	店名	本 店 支 店 出 張 所
	個 人 番 号							
保 険 の 類	協会・組合・共済・船員・国保						預金 種別	普 通 当 座 その他 ()
加 入 保 険 （注2） （沼津市記入欄）	記号番号						口座 番号	
	被保険者 氏 名						口座 名義	(カナ)
	保険者名							
他 の 医 療 費 助 成	あり／なし ありの場合は下記の該当するものに○ ひとり親家庭等医療／自立支援医療（育成医療）／ 小児慢性特定疾病医療／未熟児療育医療／ 特定医療費（指定難病） その他 ()					労働者災害補償保険の適用	あり／なし	
						学校管理下でのケガ等の有無 または交通事故等による第三 者からの損害賠償の有無	あり／なし	

（注1）太枠の中を記入してください。
（注2）この申請書には医療保険各法の被保険者又は被扶養者であることを証する書類の写しを添付してください。ただし、公簿等によって確認することができる場合、当該書類を提出したものとみなします。

	日数	総医療費 A	保険者負担額 B	高額療養費 C
入院				
通院				
保険診療による自己負担額 D=A-B-C		食事療養費 標準負担額 E		支給決定額 G=D+E
備考	入 () 通 () 徴収額 (小慢 自立 特定 障害) 装具			