

記入例

第5号様式（第7条関係）

受給者番号	
受付年月日	

こ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 **沼津市御幸町16番1号**

申請者 氏名 **沼津 太郎** (※署名又は記名押印)

電話 **055-934-4827**

申請書を記入する方

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。

受診したこども	氏名	沼津 花子		金融機関名	銀行 <input type="radio"/> △ <input type="checkbox"/> 信用金庫 農協 漁協		
	年齢	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 (<input type="text"/> 歳)			店名	本店 <input type="radio"/> △ <input type="checkbox"/> 支店 出張所	
沼津市の国民健康保険に加入している方は記入してください。	加入保険の種類	協会 <input checked="" type="radio"/> 組合・共済・船員・国保		口座番号		普通 <input checked="" type="radio"/> 当座 その他 ()	
	記号番号	被保険者氏名			口座番号	1234567	
	保険者名					保険者名	
ありの場合は該当するものに○	あり <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/>	ありの場合は下記の該当するものに○		労働者災害補償保険の適用	あり <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/>		
医療費助成	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 ()		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 <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/>		

受診したこども

沼津市の国民健康保険に加入している方は記入してください。

ありの場合は該当するものに○

同世帯の保護者又はこども本人名義の口座情報 ※通帳等のコピーも添付してください。

学校管理下のケガ等により日本スポーツ振興センターから災害共済給付の支給を受ける場合は払い戻しできません。

(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ご確認ください。ただし、公簿等によって確認することができる場合があります。

	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