

第4号様式（第4条関係）

鴨川市子ども医療費助成金給付申請書

平成 年 月 日

(宛て)

鴨川市長

申請者 住所 鴨川市

氏名 ㊟

電話 ( )

鴨川市子ども医療費の助成に関する条例第8条第3項の規定により、次のとおり申請します。

|                           |  |       |                    |      |          |    |       |                               |
|---------------------------|--|-------|--------------------|------|----------|----|-------|-------------------------------|
| 受給者番号                     |  |       |                    | 保護者  |          |    |       |                               |
| 子ども氏名                     | 続柄：<br>性別：平成 年 月 日生                                    |       |                    |      |          |    |       |                               |
| 住所                        | 鴨川市<br>電話  |       |                    |      |          |    |       |                               |
| 被保険者氏名                    | 性別： 年 月 日生   |       |                    |      |          |    |       |                               |
| 保険者番号                     |  | 記号    |                    | 番号   |          |    |       |                               |
| 種別                        |  |       |                    |      | 保険有効日    |    |       |                               |
| 保険者                       |  |       |                    |      | 保険喪失日    |    |       |                               |
|                           |  |       |                    |      |          |    |       |                               |
| 傷病                        | 傷病名  |       |                    |      |          |    | 給付の種類 | 1 医科<br>2 歯科<br>3 調剤<br>4 その他 |
|                           | 療養期間   |       | 年 月 日から<br>年 月 日まで |      |          |    |       |                               |
| 医療機関                      | 所在地<br>名称  |       |                    |      |          |    |       |                               |
| 申請理由<br>[ 該当番号を○で<br>囲む ] | 1 医療保険各法による療養費が支給された<br>2 県外の保険医療機関等で受診した<br>3 その他 ( ) |       |                    |      |          |    |       |                               |
| 療養に要した費用                  | 医療費総額<br>円   |       |                    |      | 申請額<br>円 |    |       |                               |
| 総医療費                      | 保険者負担  | 一部負担金 | 高額療養費              | 他法負担 | 自己負担額    | 違算 | 支給決定額 |                               |
|                           |  |       |                    |      |          |    |       |                               |

|     |       |              |               |  |    |  |  |
|-----|-------|--------------|---------------|--|----|--|--|
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行           |               |  | 支店 |  |  |
|     | 口座番号  | 1 普通<br>2 当座 | フリガナ<br>口座名義人 |  |    |  |  |