

市川市子ども医療費助成金交付申請書

年 月 日

市川市長

申請者 住所 _____

（保護者）氏名 _____

電話 () _____

次のとおり子ども医療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

受診者氏名		生年月日	年 月 日
-------	--	------	-------

加入 医療 保険	保険者番号		記号・番号	
	保険者名		保険種別	1 社保 2 国保 3 国保組合 4 その他
	被保険者 （組合員） 氏名		資格取得 年月日	年 月 日
	その他			

振込 先	銀行 金庫 組合		支店番号	
				支店 出張所
	口座番号	普通 貯蓄	フリガナ 口座名義人	

<p>高額療養費等に係る承諾書</p> <p>（同月内で21,000円（7,000点又は10,500点）以上の医療費の支払いがある場合のみ記入）</p> <p>私は、市川市子ども医療費助成制度における助成金の算定に必要な高額療養費及び附加給付金の内容について、保険者に照会することを承諾します。</p> <p style="text-align: right;">被保険者（組合員）氏名 _____ 印</p>	
---	--

受付者：

※これより下欄は記入しないでください。

附加給付内容			
平成 年 月～ 千円 控除 割	平成 年 月～ 千円 控除 割	入院 ，	入院 ，
円未満切捨て	円未満切捨て	通院 ，	通院 ，
円未満不支給	円未満不支給	計 ，	計 ，