

決 裁	課 長	補 佐	係 長	主 務	係	受付	・	・	住 民 台 帳 照 合	
									国 保 台 帳 照 合	

こども医療費助成申請書（ 年 月診療分）

年 月 日

（あて先）沼津市長

住 所
申請者 氏 名
電 話

印

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)	男・女	口 座 振 替	金 融 機 関 名	銀 行 信用金庫 農 協
	生年月日	年 月 日生 (歳)			店 名	本 店 支
加 入 保 険	記号番号				預 金 種 別	普 通 当 座 その他 ()
	被保険者 氏 名				口 座 番 号	
適 用	保 険 者 名				口 座 名 義	(カナ)

他の医療費 助成について	母子家庭等医療費	あり/なし	労働者災害補償保険の適用	あり/なし
	重度障害者（児） 医療費	あり/なし	(ケガの治療の入院の場合) 交通事故・学校管理下での ケガによる第三者からの損害 賠償の有無	あり/なし

種 別	期 間	保険診療による自 己負担額 A	食事療養費負担 額 B			
入 院	日	円	円	控 除 欄		
通 院	回	円		高額療養費 C	自己負担額 D	合計(C+D) E
合 計		円	円	円	円	円

徴収額等 F	円	支給決定額 (A+B-E)又はF	円
-----------	---	---------------------	---

備 考	
-----	--

(注) 太線の中は記入しないでください。