

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）						
年 月 日						
（宛先）沼津市長職務代理者						
住 所						
申請者 氏 名						
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	金融機関名	銀行 信用金庫 農 協
	生年月日	年 月 日生（ 歳）		口 座 振 替	店名	本店 支店
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	
	保険者名				口座名義	
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○			労働者災害補償保険の適用		あり/なし
	母子家庭等医療/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（ ）			（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
	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	自己負担額 F	支給決定額 G=D+E-F		
備考	他月（入院 通院） 兄 弟 姉 妹 徴収額（小慢 自立 特定 障害） 装具 3					

（注）太線の中を記入してください。