

※収受印

(子ども・ひとり親家庭等) 医療費助成支給申請書

※ 受給者番号					※ 入力		
フリガナ					生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
対象者氏名							
(健康保険証) 記号・番号	(記号)	(番号)	(健康保険証) 被保険者名				
(健康保険証) 保険者名	<input type="checkbox"/> () 健保組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 () 支部 <input type="checkbox"/> () 国保組合 <input type="checkbox"/> () 共済組合等 <input type="checkbox"/> 厚木市国保 <input type="checkbox"/> その他 ()						
診療期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで						
申請額	円(食事療養費、保険外診療等を除く。)						
振込先 金融機関	金融機関名		本・支店名		店番号		種別
	銀行 金庫 組合		支店 支所 出張所				普通
※申請者名義の 口座に限る。	口座番号				口座名義 (カタカナで記入)		

※申請者と同一

上記のとおり、(子ども・ひとり親家庭等) 医療費助成事業の医療費の支給を申請します。

令和 年 月 日

(宛先) 厚 木 市 長

住 所 厚木市

申 請 者 氏 名

※口座名義人と同一

電 話

()

※診療期間	※医療機関名称	※請求種類						※入院	※支給決定額	※件数日数	
		医	歯	調	補	柔	看			他	円
		1	3	4	5	6	9		円	件	日
		1	3	4	5	6	9		円	件	日
		1	3	4	5	6	9		円	件	日
		1	3	4	5	6	9		円	件	日
		1	3	4	5	6	9		円	件	日
		1	3	4	5	6	9		円	件	日
		1	3	4	5	6	9		円	件	日
		1	3	4	5	6	9		円	件	日
		1	3	4	5	6	9		円	件	日
		1	3	4	5	6	9		円	件	日
		1	3	4	5	6	9		円	件	日
		1	3	4	5	6	9		円	件	日

※申請内訳

※欄は記入しないでください。