

様式第5号(第3条関係)

子ども医療費助成申請書(年 月診療分)		年 月 日
熱海市長 あて		住所
		申請者 氏名
		電話 — —

子 ど も	フリガナ		加 入 保 険	記号番号	記号	番号
	氏 名			保険者名		
	性 別	男 ・ 女		受給者番号		
	生年月日	年 月 日				

振 込 先	金融機関名	支 店 名	口 座 番 号	口座名義(カタカナ)

種別	期間	保険診療 自己負担A	食事療養 負担金 B	控 除 額			
入院		円	円				
通院		円	円	高額療養費 C	付加給付 D	自己負担金 E	合計(C+D+E) F
合計		円	円	円	円	円	円
養育・育成・療育医療負担金 G				円			
県補助対象額 (A-F)又は(G-F)				円 H			
備 考							

種別	期間	保険診療 自己負担A	食事療養 負担金 B	控 除 額			
入院		円	円				
通院		円	円	高額療養費 C	付加給付 D	県補助額 H	合 計 (C+D+ H) I
合計		円	円	円	円	円	円
市補助対象額 (A+B-I)				円 J			
備 考							

年齢	歳	本人振込額(H+J)	円(この用紙の金額)
			円(合計振込額)

※子どもの健康保険証、領収書、子ども医療費受給者証及び振込み口座預金通帳等を持参してください。