

子ども医療費助成金交付申請書（償還払い）

年 月 日

（あて先）印西市長

住所
 申請者（保護者）氏名
 電話
 子どもとの続柄

子ども医療費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

フリガナ			生年月日	年 月 日	
子ども氏名			生年月日	年 月 日	
加入医療保険	1 社保 2 国保 3 その他				
日本スポーツ振興センターの災害共済給付 1 受けることができる 2 受けることができない			第三者行為 1 有 2 無		
振込口座	1 下記の口座 2 前回申請時の口座 3 既に台帳に登録されている児童（ ）と同じ口座				
	金融機関名	銀行・金庫 組合・農協		銀行コード	
	支店名	本店 支店		支店コード	
	預金種目	普通・（ ）	口座番号		
	口座名義（申請者名義） カタカナで記入				
<p>同一月内に同一医療機関において、入院11日以上、通院6回以上の受診 1 有 2 無</p> <p>※有の場合は、入院11日以上、通院6回以上であることが確認できる領収書等を全て提出してください。</p>					
<p>同一月内に同一医療機関において、21,000円以上（保険診療分）の医療費の支払い 1 有 2 無</p> <p>※有の場合は下記の承諾書に記入及び押印をお願いいたします。</p>					
<p style="text-align: center;">高額療養費等に係る承諾書</p> <p>私は、印西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付加給付金の内容について、市が私の加入する保険者に照会することを承諾します。</p>					
年 月 日		被保険者（組合員）氏名		㊟	