

子ども医療費（児童・生徒）交付申請書

年 月 日

志木市長 様

申請者 住 所.....  
 氏 名.....  
 電話番号.....（ ）

次のとおり申請します。また、この申請に係る医療費助成金は、登録時に依頼した口座に振り込むようお願いします。

申請者記入欄	対象者	対象者番号		加入医療保険	加入者氏名	
		フリガナ			記号・番号	
		氏 名			保 険 者 の 名 称	
	生年月日	年 月 日	電 話 番 号	( )		
	診療年月	年 月 分	市民税等の状況	課税 ・ 非課税		
市が健康保険組合等に診療報酬、療養費等の給付状況を確認することに同意します。						
氏名（自署） ㊟						
備考：						

医療機関等記入欄	保 険 診 療 額 領 収 証 明						
	診療年月	年 月 分	( 日から 日まで)	入院	日間	・ 外来	
	診療等区分	診療科目：			歯科	調剤	その他
	保険診療総点数		点	他法負担分点数	点		
	保険診療一部負担額		円				
	年 月 日 (保険医療機関等) 所在地 名 称 代表者 ㊟						

処理欄	一部負担額①	高額療養費②	助 成 決 定 額	
	円	円	① - (②+③+④)	円
	付加給付額③	自己負担額④		
	円	円		