

記入例

様式第9号（第6条関係）

子ども医療費助成申請書（「療養費の支給」「一部負担金」の助成用）

R〇〇年〇〇月〇〇日

佐渡市長 様

住 所 佐渡市△△△△〇〇-〇

申請者
氏 名 佐渡 島子

次のとおり金 円の医療費の助成を申請します。

受給者証番号	9876543	保 険 者 名	全国健康保険協会 新潟支部
受給者氏名	佐渡 太郎	記 号 ・ 番 号	12345678 910
受療者氏名 (子 ども)	佐渡 花子	被保険者氏名	佐渡 太郎
振込指定 金融機関	(金融機関名) 〇〇 銀行 信組 農協・労金 ()	(店名) △△ 支 店 出張所 ()	(口座番号) 本店 〇123456 普通 〇 当座 〇 (口座名義) (カタカナで記入) サド シマコ
※ 他法負担額		一部負担額	

- (注) 1 氏名を自署する場合は、押印を併記すること。
2 ※印欄は記入しないこと。
3 「療養費の支給」による助成申請の場合は、療養費支給申請書を添付して申請すること。
4 「一部負担金」の助成申請の場合は、その事由を証する書類を添付して申請すること。

- 申請者と口座名義人が一致すること。
(異なる場合は、委任状が必要)
- 受給者とは一致しなくてもよい。