

子どもの医療費助成申請書

年 月 日

伊万里市長 様

住 所 伊万里市 町 番地

申請者(受給者) 氏 名

電 話(ー)

このとおり必要書類を添えて申請します。

なお、子どもの医療費助成金の交付にあたり、伊万里市が公有公簿等により調査することに同意します。

[申請者記入欄]

	1	2	3
ふりがな			
対象者氏名			
生年月日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日
受給者番号			

加入医療保険	被保険者氏名	1申請者に同じ その他 ()
	保険証記号番号	
	保険種別	国保 協会 組合 共済 その他 ()
申出欄	今回診療月以前12月間に、同一健康保険等加入者が、3回以上高額療養費の { ・支給を受けている } { ・支給を受けていない } ことを申し出ます。	