

被爆者の子 医療費助成申請書（請求書）

記入例

（申請先）
横浜市 長

令和●●年●月●日

申請者 住所 〒 231-0005
（請求者） 横浜市中区本町6-50-10

フリガナ (ヨコハマ ハナコ)

実親の被爆者健康手帳の番号を記載しないようご注意ください

氏名 横浜 花子

受給資格者との続柄 (本人)

電話番号 045-671-2453

日中連絡先 080-1234-5678

被爆者の子医療費助成について、次のとおり申請（請求）します。

受給資格者	氏名	フリガナ (ヨコハマ ハナコ) 横浜 花子	男・女	<input checked="" type="radio"/> 昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成	〇〇年 〇月 〇日生 (〇〇 歳)
	住所	横浜市 中区 本町6-50-10	他の公費負担制度の併用について該当があればご記入ください 例) 重度障害 指定難病 特定疾患 等 併用がない場合は「無」に〇をご記入ください		
	電話	(045) 671-2453	被爆者のこども健康診断受診証 番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	被爆者のこども健康診断受診証の交付日
他公費負担制度との併用		<input checked="" type="radio"/> (制度の名称:)		、公費負担金額: (円) ・ 無	
被保険者証発行機関名		横浜市国民健康保険 (中区)	被保険者証の記号・番号	××	△△△△
疾病名	(例) 肺がん・潰瘍性大腸炎 医療機関で証明された診察、投薬を受けた疾病名のみご記入ください				
医療機関名称	〇〇病院・△△薬局 申請される医療費証明書の医療機関名を(薬局含む)すべてご記入ください				
医療費助成請求金額	自己負担額合計	26,000	円	診断書料	2,750
				円	証明書料
				円	1,100
医療費助成受領口座	診断書料及び証明書を除いた総額をご記入ください		銀行	支店	〇〇
	普通・当座	フリガナ	(ヨコハマ ハナコ)	出張所	
口座番号(右づめ)	0	1	2	3	4
	5	6	口座名義人		
	横浜 花子				
不備があった際の対応について	提出頂いた書類に不備があった際には、市から医療機関等にお問い合わせする場合があります。同意いただけない場合のみ、チェック欄にご記入ください。 市から直接医療機関等に照会することに <input type="checkbox"/> 同意しない ※同意いただける場合にはチェックは不要です。				

- (注 意) 1 申請者と口座名義人は同一としてください。
2 申請（請求）時に提出する書類等については、裏面をご覧ください。

※処理欄は記入しないでください。

※ 処理欄	福祉保健センター受付	局使用欄	決定区分		
	口座番号は7ケタでご記入ください (口座番号が7ケタでない場合は、頭に「0」を記入) ※ゆうちょ銀行の場合は、振込用の口座番号(7ケタ)をご記入ください		決	定	決定金額
			<input type="checkbox"/> 承認		円
			<input type="checkbox"/> 不承認		

「口座名義人」と「申請者」は、同一としてください

同意いただけない場合のみチェックしてください