

被爆者の子医療費助成申請（請求）に係る同意書

年 月 日

（あて先）

様

横浜市実施の原子爆弾被爆者の子に対する医療費助成申請に関して、高額療養費等の還付金など保険給付について、横浜市に提供することに同意します。

被 保 険 者	氏 名	Ⓜ	
	生 年 月 日	年 月 日	
	住 所 及 び 電 話	〒 横浜市 区 電話 ()	
	保 険 者 証	発行機関名	
記号・番号			
助 成 対 象 者	氏 名		
	生 年 月 日	年 月 日	
	被 保 険 者 と の 続 柄		

（注 意）

- あて先は、健康保険証発行機関名をご記入ください。
- 助成対象者欄については、横浜市原子爆弾被爆者の子医療費助成制度の受給資格者と被保険者が同一である場合は、記入する必要はありません。