

# 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 〒231-0017  
（請求者） 横浜市中区港町1-1

フリガナ (ヨコハマ ハナコ)  
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

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

横浜

押印して下さい

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		性別	男 <input type="radio"/> 昭和 女 <input checked="" type="radio"/> 平成	生年	〇〇年 〇月 〇日生 ( 〇〇歳)			
	住所	横浜市 中区 港町1-1		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」に〇をご記入下さい						
	電話	(045) 671-2453		被爆者の子ども健康診断受診証	第 〇〇〇〇〇〇〇 号	被爆者の子ども健康診断受診証の交付日	〇年 〇月 〇日			
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						
健康保険証発行機関名		横浜市国民健康保険 (中区)		健康保険証の記号・番号	× ×	△△△△				
疾病名	(例) 肺がん・海洋性大腸炎		申請される医療費証明書の医療機関名を(薬局を含む)すべてご記入下さい		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下さい					
医療機関名称	〇〇病院・△△薬局									
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	1,100	円	
医療費助成受領口座	診断書料及び証明書料を除いた総額をご記入下さい			銀行	支店					
	普通	当座		フリガナ	(ヨコハマ ハナコ)					
	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ケタでご記入下さい (口座番号が7ケタではない場合は、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)ご記入下さい	<input type="checkbox"/>	決定	承認	円
		<input type="checkbox"/>	不承認		

「口座名義人」と「申請者」は、同一として下さい

同意いただけない場合のみチェックしてください。