

被爆者の子医療費助成申請（請求）に係る同意書

申請書と同日の日時をご記入下さい

平成●●年●月●日

（あて先）

〇〇健康保険組合様

横浜市実施の原子爆弾被爆者の子に対する医療費助成還付金など保険給付について、横浜市に提供すること

国民健康保険の場合
→横浜市国民健康保険（●●区役所）
健康保険組合の場合
→保険者名称をご記入下さい
（事業者名ではありません）
例：〇〇健康保険組合、全国健康保険協会、
△△職員共済組合など

氏名	横浜 太郎		
	生年月日	和 ●●年 ◎月 ▲日	
住所	〇〇区 港町1-1		
	電話	045(123)4567	
保険者証	発行機関名	〇〇健康保険組合	
	記号・番号	××-△△△△	
助成対象者	氏名	横浜 花子	
	生年月日	昭和 ●●年 ▲▲月 ○○日	
	被保険者との続柄	妻	

横浜

保険証に記載のある「被保険者」の氏名と生年月日をご記入下さい
※国民健康保険の場合は受給資格者ご本人が「被保険者」に該当します

申請書に押印頂いた申請印と同じ印で押印下さい
（スタンプ印不可）

保険者名をご記入下さい
（事業者名ではありません）
（例）横浜市国民健康保険（●●区役所）、
〇〇健康保険組合、
全国健康保険協会、
△△職員共催組合など

ご本人からみた、被保険者との続柄を記入してください

（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。