

- ①領 ②返却 ③審査 ④データ
- 返却
 - 入力
 - チェック
 - 一次
 - 二次
 - 入力
 - チェック

記入例

子ども医療費助成申請書

令和 〇〇年 〇月 〇日

豊橋市長様

〈申請者〉

住所 豊橋市 今橋町1-2-1(101)

氏名 豊橋 太郎 (電話 51 - 2335)

下記のとおり医療費を助成してください。

児童と同居の保護者に限ります。
※その他の方の場合は委任状が必要です。

保険診療分類		保険診療外分類		助成決定額	
※		※		※	
円		円		円	
申請事由	1. 県外受診 2. 受給者証交付前受診 3. 療養費 4. 治療材料 9. その他()				
子ども	受給者番号	受給者番号は記入不要です。			
	住所	同上(申請者と異なる場合はご記入ください。)			
	氏名	豊橋 桃子 —お子様			
加入	生年月日	令和4年5月1日	電話番号	同上(申請者と異なる場合はご記入ください。)	
	名称	全国健康保険協会 〇〇支部 など			
保険	保険者番号	01234567			
	被保険者氏名	豊橋 太郎			
振込	記号	123456		987	
	銀行コード	〇〇銀行		〇〇支店	
先	口座種別	普通	口座番号	1234567	口座名義人
					トヨハシ タロウ

(注) ※印の欄は、記入しないでください。

カタカナで記入してください。

医療機関へお

この証明欄は、豊橋市子ども医療費の助成に関する条例第7条の規定により医療費の助成を受ける場合に必要ですので証明してください。

点線より下の欄は記入不要です。

(注) 保険診療総点数欄は審査機関に請求した点数を記入してください。