



子育て支援 医療費支給申請書

申請日： 年 月 日

八幡市長 様

申請者

住所

氏名

TEL

()

診療月	年 月 ~ 年 月 分									
受給者氏名										
	(生年月日 年 月 日)									
受給者証の負担者番号 及び 受給者番号	負担者番号	4								
	受給者番号									

加入保険情報

被保険者氏名								保険証記号			
保険者番号								保険証番号(-枝番)			
保険者名称								資格取得日(認定日)	年 月 日		

★世帯合算（同保険の方で同月に同一医療機関の自己負担額が21,000円を超えた方はおられますか？）

はいの方は、加入されている保険に高額療養費に該当されていないか確認してください。

☐ ← いいえの場合 ☒ を入れてください。

★付加給付はありますか？

※付加給付とは健康保険独自の医療制度です。詳細は加入している保険にお尋ねください。

☐ ← いいえの場合 ☒ を入れてください。

★保育園・幼稚園・学校等での負傷または疾病（部活動含む）ですか？

はいの方は、スポーツ振興センターに申請して下さい。詳細は学校等にお尋ねください。

☐ ← いいえの場合 ☒ を入れてください。

★いいえの
場合のみ
☒ を入れて
ください。

口座情報

振込金融機関・店名	銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合 本店 支店									
口座種別・番号	普通									
口座名義人（カタカナ）										

※領収書の返却はご希望されますか。

返却希望

有

無

★（郵送申請の場合、返却希望の方は返信用封筒を同封してください。なお、提出いただいた領収書は返却出来ません。）