

(第1号様式)

_____区役所地域ケア推進課 → 健康増進担当

担当	係長	課長	担当	係長	課長
----	----	----	----	----	----

原子爆弾被爆者の子どもに対する医療費支給申請書

令和_____年_____月_____日

あて先

川崎市 長

申請者 住所 _____

氏名 _____

電話番号 _____

標記について支給を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、支給金額を算出するために、高額療養費等の保険給付に関して、貴市が関係機関に調査・照会することについて同意します。

被爆者の子ども健康診断受診証番号									
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ふりがな			生年	大正		
氏名			月日	昭和		
				平成	年	月 日

保険区分	被保険者氏名			被保険者証の記号・番号		
	保険種別	協会・組合・日雇・船員・共済・国保				
	被保険者証発行機関名					

高額療養費	<input type="checkbox"/> あり	他の公費負担制度との併用	<input type="checkbox"/> あり (制度の名称: _____)
-------	-----------------------------	--------------	--

医療を受けた期間	令和 _____ 年 _____ 月 ~ 令和 _____ 年 _____ 月
----------	---

医療費・証明書料合計請求額	_____ 円	査定金額	_____ 円
---------------	---------	------	---------

_____銀行	口座番号(普通・当座)	<input type="text"/>
_____支店	名義人(カタカナでお願いします。)[対象者名と異なる場合は委任状添付]	<input type="text"/>

※ 当該年度における申請書の提出期限は翌年度の4月末日です。(遅延理由書がある場合は、6月末日まで)

※ 神奈川県から発行された被爆者の子ども健康診断受診証(写し)を添付してください。

※ 証明書料を請求する場合、裏面にその金額を証する領収書・レシートを添付してください。

地域ケア推進課受付印	健康増進担当受付印
------------	-----------