

第5号様式（第7条関係）

藤枝市こども医療費助成申請書

藤枝市長 宛

私は下記の同意事項に同意し、藤枝市こども医療費助成申請をします。

お子様

保険証の
被保険者様

年	月	日	年	月	～	年	月	の	ヶ月分
氏名	フジエダ ハナコ 藤枝 花子		生年月日	R○ 年 ○ 月 ○ 日					
住所	〒 藤枝市 岡出山1丁目11番1号								
受診時年齢	未就学児・小学生・中学生・高校生世代		学校等のケガ	有 ・ 無					
1枚¥21,000以上領収書				有 ・ 無					
氏名	フジエダ タロウ 藤枝 太郎		連絡先	○○○ - ○○○ - ○○○					
住所	〒 同上								
振込先口座	振込先金融機関名		口座種別	口座番号（右づめ）		口座名義人（カタカナ）			
	静岡 藤枝		普通	*****		フジエダ タロウ			
※ 市が、こども医療費助成金の算定に用いるため、この申請に関し必要があるときは所得状況について公簿等により確認すること。									
※ 市が、医療機関及び保険者に対し必要な情報を調査すること。									

持ち物：領収書（原本）、こどもの被保険者等であることがわかるもの、保護者様名義の通帳又はキャッシュカード、こども医療費受給者証
※別途必要書類が生じる場合があります。
※保険適用外（健診、文書料、予防接種等）は、助成対象となりません。

※藤枝市使用欄

保険証

口座

受付

保護者欄は

保険証等の被保険者様のお名前を
記入してください。

小児慢性特定疾病医療費助成など、他の
公費負担医療の助成がある場合は、○を
付けてください。

振込先は被保険者様または

被保険者様の配偶者様に限ります。

※被保険者様が父母以外の場合は、
お電話等で職員にご相談ください。