

子ども医療費一部負担限度額差額給付申請書

令和 年 月 日

岡山市長 様
下記のとおり、領収書を添えて「子ども医療費一部負担限度額差額」の給付を申請します。
なお、申請に当たり、地方税関係情報・医療保険の加入状況等を公簿等により確認すること（行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）に基づき特定個人情報を取得することを含む。）に同意します。

(保護者等)	フリガナ	オカヤマ				タロウ							
	氏 名	岡山				太郎							
(申請者)	住 所	(〒700-0913) 岡山市 北区大供一丁目1番1号 電話 (086-803-1000)											
	受給番号	1	2	3	4	5	6	7	加入医療保険	保険者番号	01330018		
(受給子ども資格者)	フリガナ	オカヤマ		モモコ		保険者名称		全国健康保険協会岡山支部					
	氏 名	岡山		桃子		保険記号・番号		23456789		1111			
	生年月日	H ☒ 21年 1月 1日		R ☐		被保険者氏名		岡山		太郎			
					資格取得年月日		H ☒ 21年 1月 1日		R ☐				
	受給資格者（子ども）の個人番号（加入医療保険の情報が書けない場合に記入してください。）												

市記入欄	令和 年 月 (外来) 日 一覧									
	お子さまが診療時に加入している健康保険の情報が不明な場合、お子さまの個人番号を記入してください。 また、その場合でも健康保険の種類（国保、社保、国保組合など）がわかるようであれば、保険者名称の欄に記入してください。 記入いただいた個人番号等を用いて健康保険の資格情報を照会します。									
			(円)				(点)			
			(円)				(点)			
			(円)				(点)			
			(円)				(点)			
			(円)				(点)			
			(円)				(点)			
			(円)				(点)			
					合計 (A)					
給 付 決 定										
一部負担金 (A) 負担上限額 / 月 支給決定額										
[] - [] = []										

振込口座	金融機関名	(医療)	銀行 信用金庫 信用組合	支店名	本店・(助成)	支店 出張所	預金種別	普通(総合)・当座	
	フリガナ	オカヤマ				タロウ			
義人	名	岡山				太郎			