

【償還払い】

必要書類（記入済みでも変更がある場合、必ずご持参ください。）

受診者の保険確認書類 振込先がわかるもの

※ お子さんの医療費助成にはお子さんの保険確認書類が必要です。

受給者番号

第11号様式（第12条第3項）

浦安市ひとり親家庭等医療費等医療給付金交付申請書

年 月 日

（宛先）浦安市長

（〒279- ）

住 所

申請者 氏 名

電話番号

次のとおり浦安市ひとり親家庭等医療費等医療給付金を受けたいので、申請します。

ふりがな		男 ・ 女	申請者との 続柄	本人・子・その他	
受診者 氏名			生年月日	年 月 日	
加入 医療 保険	保険 者名	健康保険組合・全国健康保険協会 千葉県国民健康保険・共済組合		保険者 番号	
	被保険 者名			資格取得 年月日	年 月 日
	電話 番号			記号	番号
振込先	銀行・信用金庫		普通 ・ 貯蓄	支店・出張所	
	金融機関 コード			支店 コード	
	口座 番号			フリガナ	
確認事項		学校管理下での負傷又は疾病である。 <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ			
		第三者行為による負傷である。 <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ			
児童扶養手当 証書番号		第 号			

父、母又は養育者・児童・扶養義務者の氏名等

父・母・養育者		ふりがな		生年月日	年 月 日
		氏名			
対象児童	ふりがな				
	氏名				
	生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
扶養義務	ふりがな				
	氏名				
	生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日