

# 記載例

富山市こども医療費（療養費払）助成申請兼請求書  
令和元年5月1日  
(宛先) 富山市長

〒930-8510  
住所 富山市新桜町7番38号  
① 申請・請求及び依頼者(保護者) 氏名 富山 太郎  
(連絡先TEL 076-443-2249)

富山印

次のとおり、こども医療費助成金の交付を申請します。  
また、交付決定された助成金を請求します。なお、下記の口座に振り込んでください。

こども	受給資格番号	② 123456	加入	被保険者証記号・番号	③ 123-456
ど	氏名	富山 二郎	入	保険種別	国保・協会・組合・その他
も	生年月日	平成24年 1月 1日	保	保険者番号及び名称	160010 富山市国保

④ 年 月 分 保険診療領収書 (入院・通院)

こども氏名	診療日数	日間
保険診療合計 (食事療養費を除く。)	円	他法による公費負担額 円
申請者からの領収額 (食事療養費を除く。)	円	左記金額には保険診療以外は含まれていません。

上記のとおり領収しました。  
年 月 日  
医療機関等の所在地及び名称  
開設者氏名 印

※ 助成内訳	保険診療合計金額	円	控除額	円	計	円
	自己負担額	円	一部負担金	円	交付決定額	円
	円	円	円	円	円	円

振込先

口座振替指定金融機関	⑤ 婦中 銀行 金庫 農協 富山 支店
指定口座	① 普通 2 当座 口座番号(右づめで記入) 1 2 3 4 5 6 7
フリガナ	トヤマ ハナコ
口座名義	富山 花子

(注) 1 この用紙は、病院等に診療金額をいったん支払い、その後で市から助成を受ける場合に使います。  
2 この用紙には医療機関等から発行された領収書を添付してください。領収書がない場合は、この用紙の太枠欄を医療機関に記入してもらってください。  
3 ※欄は、市で記入します。

## ①申請者（保護者）

こども医療費受給資格証に記載されている保護者の方の氏名等をご記入ください。

## ②受給資格番号

こども医療費受給資格証に記載されている受給資格番号をご記入ください。

## ③加入保険

お子様の健康保険証に記載されている内容をご記入ください。

## ④太枠内

医療機関等が記入する証明欄です。領収書を紛失した場合や、領収書に必要事項（保険診療点数、領収額等）の記載がない場合等、必要に応じてご利用ください。（証明は診療年月ごとに必要です。）

## ⑤振込先

申請者（保護者）名義の口座をご記入ください。

申請者（保護者）名義以外の口座を希望される場合は、委任欄に申請者（保護者）の署名・押印が必要です。

助成金の領収については、口座名義の者を代理人と定め権限を委任します。

(保護者氏名)

富山 太郎

富山印

地区センター