

別 記

第1号様式（第8条関係）

大多喜町高校生等医療費助成金給付申請書

年 月 日

大多喜町長 様

申請者 住 所
(保護者) 氏 名
電話番号
高校生等との続柄

大多喜町高校生等医療費の助成を受けたいので、大多喜町高校生等医療費の助成に関する規則第8条第1項の規定により次のとおり申請します。

高 校 生 等	(フリガナ) 氏 名			生 年 月 日	年 月 日
	住 所	大多喜町			
加入医療保険	保 険 者 名				
	保険者番号				
	保 険 種 別	1 社保 2 国保 3 国保組合 4 その他国保組合 5 その他			
	被保険者名		資格取得 年月日	年 月 日	
	記 号 番 号	記号		番号	
就 学 先	名 称				
他 制 度 適 用 の 有 無 (○で囲んでください)		1 有 (重度心身医療・ひとり親医療・その他) 2 無 ※学校管理下(通学、授業等)での怪我による日本スポーツ振興センターの災害共済給付金を受ける場合は対象外です。			
第 三 者 行 為 の 有 無 (○で囲んでください)		1 有 (第三者行為とは交通事故等で怪我を負う等の場合) 2 無			
振 込 口 座	金融機関名				
	支 店 名		支店番号		
	口 座 番 号				
	(フリガナ)				
	口座名義人				
承諾書 高額療養費について町が過払いとなっている場合は、私が保険者から受領した高額療養費のうち、過払い相当額を町へ返還します。なお、町が高額療養費の一部又は全部を負担した場合は、町と保険者で負担相当額について相殺することに同意します。 また、家族療養費附加給付金を私が保険者から受領した場合は、当該相当額を町へ支払います。 氏名 _____					

《添付書類》☐被保険者証等の写し ☐保険医療機関発行の領収書等原本
☐学生証等の写し ☐保護者名義の振込先金融機関の口座がわかるもの