

(あて先) 千葉市長

提出者	フリガナ氏名		連絡先 (電話番号)	(携帯電話など平日、日中の連絡先) — —
	住 所			

以下のとおり入院医療費助成の申請をします。この申請にあたり下記の者は住民税の課税状況、生活保護受給状況及び中国残留邦人等支援給付の受給状況について、支給決定の範囲内で調査することに
1 同意します 2 同意しません (いずれかに○をしてください)
※受診者、同一世帯員または別世帯の配偶者や親権者については自ら署名してください。代理人が署名する場合は、本人からの委任状が必要です。同一世帯員の欄が足りない場合は、裏面に記載してください。

申請者 (受診者)	フリガナ氏名		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
	住 所	☐ 提出者と同一 (記入不要) 区 ☐ 提出者と異なる (以下に記入) 千葉市		
	個人番号		病名	
	入院日	年 月 日	退院日	年 月 日
加入保険	名 称		記号番号	
	所在地		付加給付	有 ・ 無
同一世帯員	フリガナ氏名		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
	申請者から見た続柄		申請者との生計関係	☐ 同じ ☐ 別
	個人番号			
	フリガナ氏名		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
	申請者から見た続柄		申請者との生計関係	☐ 同じ ☐ 別
	個人番号			
	フリガナ氏名		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
	申請者から見た続柄		申請者との生計関係	☐ 同じ ☐ 別
別世帯の 配偶者 または 親権者	フリガナ氏名		申請者から見た続柄	
	住 所			
	個人番号			
	フリガナ氏名		申請者から見た続柄	
	住 所			
	個人番号			
振込口座	銀行名	銀行 支店	フリガナ	
	口座番号		口座名義	

事務 処理 欄	保険請求の 自己負担額 A	高額療養費 控除額 B	付加給付 控除額 C	(A－B－C) × 1 / 2 差引負担額 D	証明手数料 E	医療費助成額 D＋E	確 認
							領収書 証明書

【領収書について】
申請書には、医療機関発行の領収書を添付してください。
領収書により医療費の額等が確認できない場合には、医療機関証明書（様式第 2 号）を提出してください。

同一世帯員	フリガナ 氏 名		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
	申請者から見た続柄		申請者との 生計関係	☐ 同じ ☐ 別
	個人番号			
	フリガナ 氏 名		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
	申請者から見た続柄		申請者との 生計関係	☐ 同じ ☐ 別
	個人番号			
	フリガナ 氏 名		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
	申請者から見た続柄		申請者との 生計関係	☐ 同じ ☐ 別
	個人番号			