

学生等医療費助成申請書

年 月 日

芝山町長 様

〒 ー

住 所 芝山町

電話番号

保護者 氏 名

学生等医療費の助成を受けたいので、芝山町学生等医療費助成に関する規則第8条第1項の規定により申請します。

受診者	フリガナ							
	氏 名							
	生年月日	年	月	日				歳
加入医療保険	名 称							
	記 号				番 号			
	附加給付	無 ・ 有 ※加入医療保険に確認してください。						
振込口座	金融機関名				支店名			
	口座種別・番号	普通 ・ 当座						
	口座名義人 (カナ)							

- 添付書類：①保険医療機関が発行する領収書等（原本）
 ②受診者（子）の健康保険証
 ③保護者の振込口座が確認できる写し（通帳など）

同 意 書

学生等医療費の助成を申請するに当たり、次の内容について同意します。

- 1 住民登録情報、健康保険加入状況、医療費情報等の個人情報について、町が公簿等により確認すること。
- 2 高額療養費及び附加給付金の支給状況等必要な事項について加入保険者に照会すること。
- 3 高額療養費について芝山町が過払いとなっている場合は、保険者から受領した高額療養費のうち、過払相当額を町に支払うこと。
- 4 家族療養費附加給付金を保険者から受領した場合は、当該相当額を町に支払うこと。

氏名(保護者)	受診者との続柄