

京丹後市大学生等医療費補助金支給申請書兼請求書

フリガナ				生年月日		年 月 日(歳)	
受診者氏名				生年月日		年 月 日(歳)	
保加 入し てい る医 療	保険種別	国保・国保組合・協会けんぽ 健保組合・日雇・船員・共済			記号 ・ 番号		
	資格取得 年月日	年 月 日			世帯主氏名 (国保の方)		
	保険者番号				被保険者氏 名・組合員氏 名(社保の方)		
大学等の名称						受診月の年齢	歳
負傷・疾病等の発生場所 ①か②のどちらかを囲んでください。		①学校内			②学校以外		
婚姻の有無 (※)		有 ・ 無					
年 月 診療分							
療養を受けた医療機関等名		入院・入院外等の別				支給決定額(円)	
		入院・入院外・歯科・調剤・その他()					
		入院・入院外・歯科・調剤・その他()					
		入院・入院外・歯科・調剤・その他()					
		入院・入院外・歯科・調剤・その他()					
		入院・入院外・歯科・調剤・その他()					
振込先 金融機関				本店 支店	口座種別	普通・当座	
					フリガナ		
口座番号					口座名義 (保護者)		
<p>上記のとおり京丹後市大学生等支援医療費補助金交付要綱（令和5年京丹後市告示第170号）第5条第1項の規定により申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>保護者 住所 京丹後市 番地</p> <p>氏名 続柄()</p> <p>京丹後市長 様 (電話 — —)</p>							

- 1 受診者の氏名、受診日、金額、保険点数保険医療機関名及び領収日の記載のある領収書等(レシート可)を必ず添付してください。領収書等に受診者の氏名及び保険点数の記入がない場合は、医療機関で書き足してもらってください。
- 2 1と併せて、被保険者証(写し可)及び学生証、在学証明書その他大学生等の身分を証する書類の写しを添付してください。

※ 婚姻の有無については、事実婚の場合は“有”として下さい。