

安城市生殖補助医療費助成金支給申請書

××年××月××日

安城市長

申請者住所〒446-8501

安城市桜町18番23号

SAKURA アパート201号

記入見本

氏名 安城 花子

(※) 安城

電話番号 090-1234-5678

(※) 本人が手書きし

・手書きであれば、押印不要です。
・押印した場合、訂正印はこの印と同じ印鑑でお願いします。

(注) 太枠の中をご記入ください。

対象者	区分	(ふりがな) 氏名	生年	生月	生日	年齢
	夫	(あんじょう たろう) 安城 太郎	××年	××月	××日生	(××歳)
	妻	(あんじょう はなこ) 安城 花子	××年	××月	××日生	(××歳)
振	夫の住所	夫婦の住所が異なる時のみご記入ください。				
	妻の住所					
加入医療保険	(夫)	保険者名	〇〇組合	保険者番号	〇〇〇〇〇〇	
	(妻)	記号	××	番号	△△	枝番
金融機関名	ゆうちょ	銀行	信用金庫	二一八	本店	支店
		農協			出張所	

修正は二重線。
(申請者名欄に押印した場合は押印も必要です。)

通 (ふりがな) (あんじょう はなこ)
口座名義人 安城 花子

口座番号 0 4 4-0 1 5 0 5 (詰め記入)

○今回申請する治療費について付加給付金・高額療養費の支給の助成を受けましたか。

- ・受けていない。
- ・受けた。 → 別途添付書類が必要です。

口座名義人は申請者氏名と同一でお願いします。口座名義人と申請者氏名が異なる場合は申請時に委任状の記入が必要です。(印鑑をお持ちください。)

付加給付金 (8,324 円) 高額療養費 (円) 他市 (円)

申請額 金 記入しないでください 円 本人負担 (1,000円) 等は除いた額の1/2

- * 高額療養費：医療費の負担が重くならないよう、医療機関や薬局の窓口で支払った額がひと月で上限額を超えた場合、その超えた額が支給される制度です。上限額は年齢や所得に応じて決められています。
- * 限度額適用認定証：医療機関の窓口で提示すると、窓口での負担が限度額までになります。その場合は、高額療養費の欄への記載は不要です。
- * 付加給付金：加入されている医療保険（保険組合等）で独自に決められた限度額を超えた場合、その超えた金額が高額療養費に上乗せされて付加給付されるものです。
※生命保険契約などで支給される給付金ではありません。

【保険診療における医療費の概要】

自己負担額 (医療費の3割)			法定給付 (医療費の7割)
実際の自己負担額	付加給付金による払い戻し	高額療養制度による払い戻し	

制度の詳細については、加入されている医療保険にお問い合わせください。