

医療助成費支給申請書

東久留米市長 殿

下記のとおり

- ☐ 乳幼児医療費助成制度
- ☐ 義務教育就学児医療費助成制度
- ☐ 高校生等医療費助成制度

の医療助成費の支給を申請します

		届出日		年		月		日	
申請者氏名 (医療証記載の保護者)		住所		東久留米市					
		日中連絡先		- -					
対象者氏名	生年月日: 年 月 日	負担者 番号							
		受給者 番号							
対象者氏名	生年月日: 年 月 日	負担者 番号							
		受給者 番号							
対象者氏名	生年月日: 年 月 日	負担者 番号							
		受給者 番号							
他の助成の有無		☐ 無 ☐ 有 (高額療養費 他医療助成制度 第三者行為による給付 学校等災害共済給付)							
申請の理由		☐ 都外または対象外の医療機関 ☐ 医療証の非提示 ☐ 都外国保 ☐ 補装具・治療用眼鏡 ☐ 食事代 ☐ その他()							
振込口座	振込先金融機関		銀行・信用金庫 信用組合・農協		口座番号				
			本店 支店		普通				
					口座名義(カタカナ)				
加入保険		☐ 登録保険情報から変更なし ☐ 変更あり→保険変更の届出が必要です。							

.....市記入欄.....

支給決定額 合計	
-------------	--

1	医療機関名		支給決定額	
	診察年月日	年 月 日	入院 外来	
	申請種類	医科 歯科 調剤 補装具 その他(食事)		
2	医療機関名		支給決定額	
	診察年月日	年 月 日	入院 外来	
	申請種類	医科 歯科 調剤 補装具 その他(食事)		
3	医療機関名		支給決定額	
	診察年月日	年 月 日	入院 外来	
	申請種類	医科 歯科 調剤 補装具 その他(食事)		
4	医療機関名		支給決定額	
	診察年月日	年 月 日	入院 外来	
	申請種類	医科 歯科 調剤 補装具 その他(食事)		

受付
／郵送