

乳幼児医療助成費支給申請書

負担者番号		支給決定額	*	
受給者番号		申請日	年	月 日
保険の種類	1 国保 2 組合 3 協会 4 日雇 5 船員 6 共済			
保険者番号				
世帯主組合員 被保険者氏名		被保険者証 記号番号	(枝番)	
乳幼児の氏名		生年月日	年	月 日
他の助成の有無	他医療費の助成	有・無 (1 都 2 他 ())		
	高額療養費	有・無	付加給付	有・無
申請の理由	1 医療証発行前の診療だった 2 医療証を持参しなかった 3 都外又は当制度の対象外の医療機関だった 4 補装具等の購入 5 入院時食事療養費 (1歳未満児) 6 都外国保組合加入 7 その他 ()			
入院・入院外の別	1 入院 2 入院外			
診療等を受けた期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
医療費総額	* 円 (うち標準負担額相当額 円)			
支給申請額	* 円			
病院などの名前 所在地	名 前 所在地 別添領収証書のとおり			
支給額は、下記の口座に振り込んでください。				
振込先 金融機関	銀行	支店	1 普通	口座番号
			2 当座	口座名義 (カタカナで記入)
東久留米市長 殿 上記のとおり、乳幼児医療費助成制度の医療助成費の支給を申請します。 住 所 東久留米市 氏 名 連絡先 ()				

- (注意) 1 *印欄は記入しないでください。
 2 番号をつけてある欄は、該当の番号を○で囲んでください。
 3 保険の療養費支給決定通知書又は領収書を添えて申請してください。
 なお、保険で付加給付のある場合は申し出てください。