第５号様式（第９条関係）

乳幼児医療助成費支給申請書

負担者番号		支給決定額	＊ 記入不要
受給者番号	医療証に記載の３または４で始まる番号を記入してください	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	お子さんが加入している健康保険について、種類に〇をし、保険者番号、記号・番号、被保険者氏名（保険に入っている方）を記入してください		
世帯主組合員被保険者氏名		記号番号	（枝番）
乳幼児の氏名	診療等を受けた児童の氏名、生年月日を記入してください（複数人記載可）		
他の助成の有無	他医療費（㋐の他に公費医療費助成を受けていなければ３ケ所「無」に〇をつけてください）		））
	高額療		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（該当する申請理由に〇をしてください） ４ 補装具等（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　別添領収証書のとおり 所在地		

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（医療証に記載されている保護者の口座を記入してください）		口座番号

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（医療証に記載されている保護者の住所、氏名等を記入してください）

連絡先　（電話欄は日中連絡のとれる電話番号を記入してください）　（　）

（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、該当の番号を〇で囲んでください。
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。