

医療助成費支給申請書

(* 記入しないでください)

支給決定額	*	円
-------	---	---

受給者番号							申請日	年	月	日
-------	--	--	--	--	--	--	-----	---	---	---

医療証有効期間	年 月 日		から		年	月	日まで	
診療を受けた期間	年 月 日		から		年	月	日まで	
受診者 (児童)	フリガナ						生年月日	年 月 日
	氏名							
加入 保険	保険の種類	1 国保 2 国組 3 組合 4 協会 5 日雇 6 船員 7 共済 8 国退						
	保険者番号							
	記号番号	(枝番)			世帯主組合員・被保険者氏名			
他の助成の有無	他医療費の助成	有・無 (1 都 2 障 3 親 4 その他 ())						
	高額療養費	有・無		付加給付	有・無			
申請の理由	1 医療証発行前の受診だった 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 その他							
振込先金融機関	銀行 信用金庫 信用組合							
	コード				店番		1 普通 2 当座	
	口座番号						名義 (カタカナ)	
年 月 日								
東久留米市長 殿								
義務教育就学児医療助成費として上記のとおり申請します。								
申請者 (養育者)				住所				
				氏名				
				電話 () -				

- ※ 1 太枠内を記入してください。
2 番号の付けてある欄、有・無のある欄は、該当箇所を○で囲んでください。

担当者記入欄

1	医療機関名						医療機関コード	-	-
	診療年月日	年 月 日				入院・外来別	1 入院	2 外来	
	診療科目	1 医科 2 歯科 3 調剤 4 看護 5 柔整・あはき 6 補装具 7 その他							
	申請額	総点数	診療費	薬代	自費	食事療養費	高額・付加	支給決定額	
2	医療機関名						医療機関コード	-	-
	診療年月日	年 月 日				入院・外来別	1 入院	2 外来	
	診療科目	1 医科 2 歯科 3 調剤 4 看護 5 柔整・あはき 6 補装具 7 その他							
	申請額	総点数	診療費	薬代	自費	食事療養費	高額・付加	支給決定額	
3	医療機関名						医療機関コード	-	-
	診療年月日	年 月 日				入院・外来別	1 入院	2 外来	
	診療科目	1 医科 2 歯科 3 調剤 4 看護 5 柔整・あはき 6 補装具 7 その他							
	申請額	総点数	診療費	薬代	自費	食事療養費	高額・付加	支給決定額	
4	医療機関名						医療機関コード	-	-
	診療年月日	年 月 日				入院・外来別	1 入院	2 外来	
	診療科目	1 医科 2 歯科 3 調剤 4 看護 5 柔整・あはき 6 補装具 7 その他							
	申請額	総点数	診療費	薬代	自費	食事療養費	高額・付加	支給決定額	