

○ ひとり親家庭等医療助成費支給申請書

負担者番号	医療証に記載の8で始まる番号	支給決定額	※	記入不要	円
受給者番号	医療証に記載の1で始まる番号	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 7 後				
保険者番号	加入している健康保険について、種類に○をつけて、 保険者番号、被保険者氏名（保険に入っている方）、 記号・番号を記入してください。				
世帯主組合員 被保険者氏名					
対象者氏名	診療等を受けた方の氏名・生年月日を記入してください。（複数人記載可） 日生				
他の助成の有無	親の他に医療費助成を受けていなければ3ヶ所「無」に○をつけてください。				
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 6 その他（ ） 該当する申請理由に○をつけてください。				
入院・入院外の別	1	入院・入院外の別に○をつけて、診療を受けた最初の日と最後の日を記入してください。			
診療等を受けた期間					日
医療費総額	※	記入不要			
支給申請額	※				
病院などの名前 所在地	名前 所在地				
支給額は、下記の口座にお振込みください。					
振込先 金融機関	銀行	1 普通	口座番号		
	農協	2 当座			
親 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。					
上記のとおり、ひとり親家庭等医療費助成制度の医療助成費の支給を申請します。					
東久留米市長 殿					
住所		親 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。連絡先は日中連絡のとれる電話番号を記入してください。			
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または領収書（保険診療点数が記載されたもの）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。