

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	*	記入不要	円
-------	---	------	---

受給者番号	医療証に記載の4で始まる番号を記入してください	申請日	年	月	日
-------	-------------------------	-----	---	---	---

医療証有効期間 診療を受けた期間	医療証の有効期間と診療を受けた最初の日と最後の日を記入してください
---------------------	-----------------------------------

受診者 (高校生等)	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)
---------------	------------------------------------

加入保険 保険の種類 保険者番号 記号番号	1 国保 2 国保 3 組合 4 協会 5 県民 6 船員 7 共済 8 国民 高校生等が加入している健康保険について、種類に○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
--------------------------------	--

他の助成の有無	他に公費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 医療証発行前の受診 3 都外又は当制度 5 その他 該当する申請理由に○をしてください
-------	--

振込先金融機関	銀行 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
コード	当座
口座番号	名義(カタカナ)

東久留米市長 殿 高校生等医療助成費と 申請者	年 月 日 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 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 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
記入不要								
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