

(乳) (子) (青) 子どもの医療助成費支給申請書

								受付年月日			
負担者番号						世帯主組合員					
受給者番号						被保険者氏名					
加入 保険	保険の種類	1 国保	2 組合	3 協会	4 日雇	5 船員	6 共済				
	被保険者等 記号・番号	記号				資格取得年月日 (助成対象子ども)	年 月 日				
		番号	(枝番)			保険者番号					
助成対象子どもの氏名						生年月日					
助成の種類		1 (乳) 乳幼児医療費助成	2 (子) 義務教育就学児医療費助成	3 (青) 高校生等医療費助成							
入院・入院外の別		1 入院	2 入院外	高額療養費	有・無						
診療等を受けた期間		年 月 日から				年 月 日まで					
申請の理由		1 都外で受診 2 医療証が届く前に受診 3 医療証を持参しなかった 4 補装具の購入 5 その他()									
振込先 金融機関	銀行・農協 信金・信組			本店 支店	口座番号					普通・当座	
	金融機関コード			支店コード	口座名義 (カタカナ)						
(宛先) 昭島市長 上記のとおり、子どもの医療助成費の支給を申請します。 年 月 日 申請者 住 所 氏 名											

注 太枠の中のみご記入ください。

事務処理欄	医療機関名			診療日	年 月 日		入院・外来
	1	1 医科	2 歯科	3 調剤	4 看護	5 補装具	6 その他
	総点数		2割・3割	200円負担	支給決定額		
	医療機関名			診療日	年 月 日		入院・外来
	2	1 医科	2 歯科	3 調剤	4 看護	5 補装具	6 その他
	総点数		2割・3割	200円負担	支給決定額		
	医療機関名			診療日	年 月 日		入院・外来
	3	1 医科	2 歯科	3 調剤	4 看護	5 補装具	6 その他
	総点数		2割・3割	200円負担	支給決定額		
	備考			検査			支払決定日
10割負担国保申請中 口座名義確認済み(公簿・その他)						支給決定金額	

都費・市費 【本人確認書類】マイナンバーカード・免許証・在留カード・その他()