

小学校就学前（6歳の年度末まで）の乳幼児・・・乳にチェック

※1

小・中学生（15歳の年度末まで）の子ども・・・子にチェック

高校生等（18歳の年度末まで）の子ども・・・青にチェック

申請を希望される子どもが複数いて、医療証が複数ある場合は、該当の箇所すべてに
チェックを入れてください。

医療証に書かれて
いる番号をご記入
ください。（複数人
の場合は空いている
箇所に記入）

対象の子どもの健康
保険証を見ながらご
記入ください。（複
数人申請する場合は
いずれか一つの保険
証の内容を記入）

診療を受けた子ども
の氏名と生年月日を
記入（複数人申請の
場合は欄外もしくは
空いている箇所に全
員を記入）

対象の医療費助成制
度に○をしてくださ
い。

申請したい領収書が
複数ある場合は、そ
の領収書の一番古い
診療日と、一番新し
い診療日を記入して
ください。

第7号様式（第9条関係）

①②③ 子どもの医療助成費支給申請書

☒乳 ☐子 ☐青

受付年月日 ※記入しないでください

負担者番号	*****	世帯主組合員		
受給者番号	*****	被保険者氏名	昭島 太郎	
加入	保険の種類	1 国保 2 組合 3 協会 4 日雇 5 船員 6 共済		
被保険者証 記号・番号	記号	123	資格取得年月日 (助成対象子ども)	令和○年○月○日
番号	123456 (枝番)	保険者番号	9876543	
助成対象子どもの氏名	昭島 一郎	生年月日	令和○年○月○日	
助成の種類	1 ①乳幼児医療費助成 2 ②義務教育就学児医療費助成 3 ③高校生等医療費助成			
入院・入院外の別	1 入院 2 ②入院外 高額療養費	有・③無		
診療等を受けた期間	令和○年○月○日から 令和○年○月○日まで			
申請の理由	1 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	△○ 銀行・農協 信金・信組	□☆ 本店 支店	口座番号	1234567 ④普通 当座
金融機関	金融機関コード	支店コード	口座名義 (カタカナ)	アキシマ タロウ
(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。 令和○年○月○日 申請者 住所 昭島市△○町1丁目△-○ 氏名 昭島 太郎				

注 太枠の中のみご記入ください。

- ◎申請者（養育者）は医療証に記載の保護者の方をご記入ください。
- ◎振込先の口座は申請者（養育者）の方に限られます。
- ◎訂正箇所がある場合は二重線で抹消し訂正印を押印してください。
- ◎補装具の費用の請求には別途必要な書類がございます。

申請には、
診療を受けた**領収書原本**（医療費の負担割合が2割もしくは3割のもの）
が必要です。

(注意)

保険証を掲示せずに医療機関を
受診した全額負担の領収書の場合、
支払い決定通知書（原本）の
添付が必要です。