

乳(子)青(子) 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	
	被保険者証 記号・番号		記号 番号		(枝番)		資格取得年月日 (助成対象子ども)		年		月		日	
助成対象子どもの氏名						生年月日								
助成の種類		1 乳(子)乳幼児医療費助成		2 子(子)義務教育就学児医療費助成		3 青(子)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 4 補装具の購入		2 医療証が届く前に受診 5 その他(3 医療証を持参しなかった)								
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	1	医療機関名			診療日	年 月 日		入院・外来					
		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			
	2	医療機関名			診療日	年 月 日		入院・外来					
		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			
	3	医療機関名			診療日	年 月 日		入院・外来					
		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()