

☒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										
	被保険者証 記号・番号		記号 番号		資格取得年月日 (助成対象子ども)				年 月 日				
				(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											
支給申請額		円											
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 印													

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 □10割負担国保申請中 □口座名義確認済み（公簿・その他）				検査		支払決定日		
						支給決定金額			