

市受付印



高校生等医療助成費支給申請書

(宛先) 小金井市長

受付者

下記のとおり、領収書を添えて医療費の助成を申請します。なお、付加給付がある場合は申し出ます。支給額は、下記口座に振り込んでください。また、この届出項目が、情報システムに記録されることを了承します。

年 月 日申請

記

高校生等医療証の記載内容													
医療証番号	負担者番号							受給者番号					
	8	9	1	3		3	3						
高校生等氏名							高校生等生年月日	年 月 日					
保護者氏名							住所	小金井市					

申請内容	
申請種類	1 一般 2 歯科 3 薬剤 4 看護 5 補装具 6 小児慢性 7 その他 ()
入院・入院外の別	1 入院 2 入院外
申請の理由	1 都外の病院等での診療 4 小児慢性負担金 2 医療証を持っていなかった。 5 その他 () 3 補装具の費用
添付書類	1 領収書 (枚) 4 医療券の写し (小児慢性の場合) 2 療養費決定通知書 5 その他 () 3 医師の診断書 (補装具の場合)

必ず領収書原本を添付すること

振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合		支店名	支店出張所				
	金融機関コード			支店コード					
	口座種別	普通・当座・貯蓄	口座番号	カタカナで記入してください。					
	口座名義人 (医療証の保護者名義に限る。)								
連絡先電話番号 (振込不能等の場合に連絡できるところ。携帯可。)						()			

市記入欄	
不足書類	<input type="checkbox"/> 振込先口座 <input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 療養費支給決定通知書 <input type="checkbox"/> 医療券の写し (小慢)
連絡事項	
支給決定額	