

市受付印

青

# 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 ※記名押印に代えて署名することができます。

| 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  |  |  |  |  |  |

| 高校生等の保険証の内容 |                                  |                  |
|-------------|----------------------------------|------------------|
| 保険の種類       | 1 国保 2 組合 3 協会<br>4 共済 5 その他 ( ) | 世帯主組合員<br>被保険者氏名 |
| 記号          |                                  | 番号               |
| 保険者番号       |                                  | 保険者名称            |

| 申請内容     |  |
|----------|--|
| 申請種類     | 1 一般 2 歯科 3 薬剤 4 看護<br>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<br>2 医療証を持っていなかった。 5 その他 ( )<br>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)<br>2 療養費決定通知書 5 その他 ( )<br>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<br>農協・信用組合 |      | 支店名            |
|                                  | 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 |                |
|                                  | 口座名義人 (医療証の保護者名義に限る。) |                    |      | カタカナで記入してください。 |
| 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 ( )<br><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 |   |