

市受付印



乳幼児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、電子計算組織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。

乳 幼 児 医 療 証 の 記 載 内 容									
医療証 番号	負 担 者 番 号					受 給 者 番 号			
	8	8	1	3	3	3			
乳幼児 氏名					乳 幼 児 生年月日	年 月 日			
保護者 氏名					(印)	住 所	小金井市		

乳 幼 児 の 保 険 証 の 内 容									
保険の種類	1 国保 2 組合 3 協会 4 共済 5 その他 ()				世帯主組合員 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			
	5 補装具		6 養育医療		7 小児慢性		8 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		5 養育医療負担金			
	2 医療証を持っていなかった。				3 補装具の費用		6 その他 ()			
添 付 書 類	1 領収書 (枚)			4 医療券の写し (小児慢性の場合)			5 養育医療納入領収書 (養育医療の場合)			
	2 療養費決定通知書			3 医師の診断書 (補装具の場合)			6 その他 ()			

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						
	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 () <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	