第５号様式（第１２条）

医療助成費支給申請書

（＊記入しないでください）

負担者番号		支給決定額	＊　　円
受給者番号		レセプト枚数	＊　　枚

診療を受けた期間	年　月　日　から　年　月　日まで			
受診者氏名（児童）		生年月日	年　月　日	
保険の種類		保険者番号		
他の助成の有無	他医療費の助成	有・無（1 都　2 障　3 親　4 その他（　　））		
	高額療養費	有・無	付加給付	有・無
申請の理由	1 医療証発行前の診療だった。 3 都外又は当制度の対象外の医療機関だった。 5 その他（　　）	2 医療証を持参しなかった。 4 補装具等の購入した。		
振込先金融機関	銀行 信用金庫 信用組合	店		
	コード	店番	普通	
	口座番号	名義（カタカナ）		

（申請先）東村山市長　　年　月　日

上記のとおり、義務教育就学児医療助成費の支給を申請します。

申請者（養育者名）　　住所

氏名　　㊞

電話（　　）　　－

※　1 太枠内を記入してください。
　　2 番号のつけてある欄、有・無のある欄は、該当個所を○で囲んでください。
　　3 記名押印に代えて、署名することができます。

担当者記載欄

1	医療機関名					
	診療年月日	年　月　日		入院・外来別	1 入院　2 外来	
	診療科目	1 医科　2 歯科　3 調剤　4 看護　5 柔整　6 補装具　7 その他				
		保険診療	食事療養費	保険対象外	高額・付加	支給決定額
	医療費総額					
	本人負担額					
2	医療機関名					
	診療年月日	年　月　日		入院・外来別	1 入院　2 外来	
	診療科目	1 医科　2 歯科　3 調剤　4 看護　5 柔整　6 補装具　7 その他				
		保険診療	食事療養費	保険対象外	高額・付加	支給決定額
	医療費総額					
	本人負担額					
3	医療機関名					
	診療年月日	年　月　日		入院・外来別	1 入院　2 外来	
	診療科目	1 医科　2 歯科　3 調剤　4 看護　5 柔整　6 補装具　7 その他				
		保険診療	食事療養費	保険対象外	高額・付加	支給決定額
	医療費総額					
	本人負担額					