

記入例

点線で囲われている部分をご記入ください。

医療助成費支給申請書

(*記入しないでください)

医療証の2段目にある番号
一番古い受診日から最新の受診日までをご記入ください。

負担者番号	省略で構いません		支給決定額	省略で構いません	
号	[]		レセプト枚数	[]	
受診日	年 月 日 から		年 月 日まで		
氏名 (児童)	[]		生年月日	年 月 日	
保険の種類	省略で構いません		保険者番号	省略で構いません	
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。 2 医療証を持参しなかった。 3 都外又は当制度の対象外の医療機関だった。 4 補装具等の購入した。 5 その他()				
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(かた)			
申請先) 東村山市長	[]		年 月 日		
義務教育就学児医療助成費の支給を申請します。 住所 [] 氏名 [] (印) 電話 () - []					

振込先の口座は医療証の保護者欄に記載されている方の口座となります。

申請者は医療証の保護者欄に記載されている方を記入してください。

※ 1 太枠内を記入してください
2 番号のつけてある欄、有
3 記名押印に代えて、署名

困ってください。

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	[]	[]	[]	[]	[]	