

医療助成費支給申請書

(※の箇所は記入しないでください)

負担者番号	8	9	1	3	1	3	6	1	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			
------------------	--	--	--	--	--	--	------	--	--	--

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. 補装具の購入をした 5. その他()										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

振込先金融機関	銀行 信用金庫 信用組合											支店	
	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、高校生等医療費助成の支給を申請します。													
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、該当箇所を○で囲んでください。

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												