

乳幼児医療助成費支給申請書

* 支給決定額	円
* レセプト枚数	枚

負担者番号		世帯主組合員 被保険者氏名				
受給者番号		被保険者証 記号・番号				
保険の種類	保険者 (名称) (番号)					
申請の種類	1. 一般 2. 歯科 3. 薬剤 4. 看護 5. 移送 6. 補装具 7. その他					
申請の理由	1. 都外で診察した為 2. 医療証を提示しなかった為 3. その他 (詳しく書いてください) ()					
乳幼児の氏名			乳幼児の 生年月日	年 月 日生		
入院・外来 の別	1. 入院 2. 外来 (令和 年 月 日入院)		診療等を うけた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		
病院・ 診療所等	(名称)	(住所)				
* 医療保険対象総点数					点	
* 支給申請額					円	
支給額は下記口座 に振り込んでください。		口座名義	リガナ			
振込先 金融機関	1. 銀行 2. 信用組合 3. 信用金庫 4. 協同組合	1. 支店 2. 出張所	1. 普通 2. 当座	口座 番号		
上記のとおり、都乳幼児医療助成費の支給を申請します。						
(申請先) 東村山市長				年 月 日		
		住所 東村山市		電話 ()		
		氏名		(印)		

- 1 番号をつけてある欄は○で囲んでください。
- 2 *印欄は記入しないでください。
- 3 東村山市の国民健康保険以外の保険に加入している方は、保険の療養費支給決定通知書と領収書などをそえて申請してください。なお、保険で付加給付のある人は申し出てください。
- 4 記名押印に代えて、署名することができます。