

記入例

点線で囲われている部分をご記入ください。

乳幼児医療助成費支給申請書

医療証の2段目にある番号

・病院(小児科等)での受診は1に○
・薬局にてお薬があった場合には3に○

省略で構いません

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	省略で構いません		
受給者番号	[点線枠]				[点線枠]		
保険の種類	1. 国民健康保険 2. 国民健康保険外 3. 国民健康保険外 4. 国民健康保険外	省略で構いません		済	[点線枠]		
申請の種類	1. 一般 2. 歯科 3. 薬剤 4. 看護 5. 移送 6. 補装具						
申請の理由	1. 都外で診療した為 2. 医療証を提示しなかった 3. その他(詳しく書いてください)						
乳幼児の氏名	[点線枠]		乳幼児の生年月日	平成	年	[点線枠]	
入院・外来の別	1. 入院 2. 外来 (平成 年 月 日入院)		診療等を受けた期間	平成	年	月	日から 平成 年 月 日まで
病院・診療所等	(名称)		(住所)				
* 医	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。		点数	複数の医療機関を受診された場合にはいずれか1か所をご記入ください。			省略で構いません
* 支	支給額は下記口座に振り込んでください。		口座名義	[点線枠]			
振込先金融機関	[点線枠]		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	[点線枠]
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			平成	年	月	日	
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。			住所	東村山市 町		電話	()
			氏名	[点線枠]		[印]	

- 番号をつけてある欄は○で囲ってください。
- *印欄は記入しないでください。
- 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。
- 記名押印に代えて、署名することができます。