

# 乳幼児医療助成費支給申請書

負担者番号		フリガナ			
受給者番号		乳幼児氏名	年 月 日生		
保険者番号		保険者名	国民健康保険組合・共済組合 健康保険組合・健康保険協会		
被保険者氏名		記号	番号		
1:入院 2:外来		1:医科 2:歯科 3:調剤 4:看護 5:移送 6:補装具 7:その他			
診療等を受けられた年月	入院 外来	診療区分	1:制度対象外の医療機関等のため 2:医療証を提示しなかったため 3:その他		備考
年 月			病院・診療機関等 名 称	領収書 枚 数	支 給 申請額(円)
年 月			電 話 番 号	申 請 の 理 由	
年 月					
年 月					
年 月					
年 月					
合 計					
医療証に記載された保護者の方の口座を指定してください。					
振込先金融機関	信用金庫 銀行 農協	本店 支店 出張所	金融機関 コード	店 舗 コード	
口座番号 (右詰め)	フリガナ	口座名義	口 座 種 別	普 通 当 座 貯 蓄	
<p>上記のとおり医療助成費の支給を申請します。</p> <p>狛江市長 宛て</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒           </p> <p>住 所 _____</p> <p>電話番号 _____</p> <p>氏 名 _____ (印)</p> <p style="text-align: right;">※記名・押印に代えて署名することができます。</p>					

太枠の中にご記入・押印の上申請してください。  
 領収書に病院・診療機関等の電話番号が書かれている場合はご記入不要です。  
 領収書を添えて申請してください。また、保険で付加給付のある場合は申し出てください。

※市記入欄

医療助成費支給決定額	円
------------	---