

乳幼児医療助成費支給申請書 【記入例】

②乳幼児の保険証の内容を記入してください。

家族(被扶養者) 平成30年10月1日交付
健康保険 記号 ●●●● 番号 XXXX
健康保険証
氏名 狛江 みどり
(被保険者氏名 狛江 太郎)
性別 女
生年月日 ■■△年1月1日
資格取得年月日 平成30年10月1日
事業所所在地 東京都狛江市和泉本町〇-〇-〇
事業所名称 株式会社えだまめ
保険者所在地 東京都狛江市和泉本町△-△-△
保険者番号 0613XXXX
保険者名称 えだまめ健康保険組合

③診療年月、病院・診療機関等、入院・外来の別ごとに記入してください。

【注意】
添付される領収書には受診者名、保険診療点数、領収額、入院・外来の別、診療年月日、医療機関所在地・名称、領収印のあるものを添付してください。
※レシートや金額だけの領収書では取り扱いできません。

負担者番号	8	8	1	3	X	X	X	X	フリガナ	コマエ ミドリ
受給者番号	1	2	3	4	5	6	7		乳幼児氏名	狛江 みどり
保険者番号	0	6	1	3	X	X	X	X	保険者名	えだまめ健康保険組合
被保険者氏名	狛江 太郎			記号	●●●●			番号	XXXXX	
診療等を受けられた年月	1:入院 2:外来	入院 外来	診療 区分	1:医科 2:歯科 3:調剤 4:看護 5:移送 6:補装具 7:その他 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		病院・診療機関等		領収書枚数	申請額(円)	申請の理由
■■○年□月	2	2		狛江市歯科クリニック		03-3430-△△△△		2		2
■■○年△月	2	2		同上				1		2
■■○年△月	1	1		狛江市メディカルセンター				1		2
■■○年○月	2	3		狛江市薬局		03-3430-□□□□		1		2
									記入不要	
合 計								5		
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	こまえ 信用金庫 銀行 協 銀 農 協			狛江	本店支店出張所	金融機関コード	1234	店舗コード	567	
口座番号(右詰め)	0123456			フリガナ	コマエ タロウ			口座種別	普通当座貯蓄	
口座名義 狛江 太郎										
上記のとおり医療助成費の支給を申請します。										
狛江市長 〇年 〇月 〇日 〒 201 - 8585 住 所 東京都狛江市和泉本町 1-1-5 電話番号 △△△-△△△△-△△△△ 氏 名 狛江 太郎										
※記名・押印に変えて署名することができます。										

①医療証の負担者番号、受給者番号

乳幼児のお名前・生年月日を記入してください。

(乳) 医 療 証										
負担者番号	8	8	1	3	X	X	X	X		
受給者番号	1	2	3	4	5	6	7			
乳幼児氏名	狛江 みどり									
生年月日	■■△年 1月 1日生									
住 所	〒 201-8585 狛江市和泉本町 1-1-5									
保 護 者	氏 名 狛江 太郎 ※									
有効期間	■■□年 10月 1日から ■■□年 9月 30日まで									
上記の者は、狛江市乳幼児の医療費の助成に際する条例に基づき、医療費の一部を狛江市が助成するものであることを証明する。										
東京都 狛江市長 〇年 〇月 〇日										
交付年月日	■■□年 10月 1日									

④領収書の合計枚数を記入してください。

⑤医療証の保護者欄(※)に記載された方の名義の口座を記入してください。

◎医療証の保護者の方と異なる名義の銀行口座では受付できませんのでご注意ください。

医療証の保護者欄(※)に記載された方のお名前を記入してください。

太枠の中をご記入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