

市受付印



義務教育就学児医療助成費支給申請書

(宛先) 小金井市長

受付者

下記のとおり、領収書を添えて医療費の助成を申請します。なお、付加給付がある場合は申し出ます。支給額は、下記口座に振り込んでください。また、この届出項目が、電子計算組織に記録されることを了承します。

西暦・平成
年 月 日申請

記

義務教育就学児医療証の記載内容				
医療証番号	負担者番号			受給者番号
8 8 1 3 1 3 3 9				
児童氏名	児童生年月日		西暦・平成 年 月 日	
保護者氏名	住所		小金井市	
児童の保険証の内容				
保険の種類	1 国保 2 組合 3 協会 4 共済 5 その他 ()		世帯主組員 被保険者氏名	
記号			番号	
保険者番号			保険者名称	
申請内容				
申請種類	1 一般 2 歯科 3 薬剤 4 看護 5 補装具 6 小児慢性 7 その他 ()			
入院・入院外の別	1 入院 2 入院外			
申請の理由	1 都外の病院等での診療 4 小児慢性負担金 2 医療証を持っていなかった。 5 その他 () 3 補装具の費用			
添付書類	1 領収書 (枚) 4 医療券の写し (小児慢性の場合) 2 療養費決定通知書 5 その他 () 3 医師の診断書 (補装具の場合)			
必ず領収書原本を添付すること				
振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合		支店名 支店出張所
	金融機関コード			支店コード
	口座種別	普通・当座・貯蓄	口座番号	
	口座名義人 (医療証の保護者名義に限る。)		カタカナで記入してください。	
連絡先電話番号 (振込不能等の場合に連絡できるところ。携帯可。)		()		

市 記 入 欄	
不足書類	<input type="checkbox"/> 振込先口座 <input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 療養費支給決定通知書 <input type="checkbox"/> 医療券の写し (小慢)
連絡事項	
支給決定額	