

乳幼児
義務教育就学児
ひとり親家庭等 } 医療助成費支給申請書

支給決定額 * 円

◎領収書返却希望 (なし ・ あり⇒理由 :)

負担者番号								世帯主組合員 被保険者氏名		
受給者番号										
保険の 種 類	1 国保 4 日雇 7 後期	2 組合 5 船員	3 協会 6 共済	被保険者証 記号番号						
保険者名	番 号					名 称				
対 象 者 氏 名						生年月日	年	月	日	
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		
入院・入院外の別		1 入院		2 入院外						
診療等を受けた期間		年 月 日から			年 月 日まで					
医 療 費 総 額 (一部負担金等相当額)		(円)				
* 支 給 申 請 額						円				
医 療 機 関 の 名 称 所 在 地		名 称 所在地	別紙のとおり							
申 請 の 理 由		1 都外受診 (旅行先・帰省先・かかりつけ医・病院の紹介) 2 医療証が無かったため (申請前・なくした・忘れた) 3 補装具 4 その他 ()								
支給額は、下記の口座に振り込んでください。 <input type="checkbox"/> 児童手当口座 <input type="checkbox"/> その他口座 ⇒ 振込先金融機関へご記入ください										
振 込 先 金 融 機 関	銀 行		支 店		1 普通	口座番号				
	信用金庫				2 当座	コウザメイギ				
		農 協								
乳幼児 上記のとおり、義務教育就学児 ひとり親家庭等 }		医療費助成制度の医療助成費の支給を申請します。								
青 梅 市 長 殿						年 月 日				
		住 所		青梅市						
		電 話 番 号		(— —)						
		氏 名				印				

- (注意) 1 *欄は記入しないでください。
 2 番号をつけてある欄は、該当の番号を○で囲んでください。
 3 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または領収書を添えて申請してください。
 なお、保険で付加給付のある場合は申し出てください。