

記入例

原則、領収書を返却できませんが、他の申請で必要な場合は理由を記入のうえ、ありに○をしてください。

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:)

保険証の
情報をご
記入くだ
さい

負担者番号	8 8 1 3	世帯主組合員 被保険者氏名	青梅 一郎
受給者番号	7	被保険者証 記号番号	876543-26
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	保険者名	番号 1130012 名称 全国健康保険協会 東京支部
対象者氏名	青梅 太郎	生年月日	20××年△月□日
申請の種類	1 一般 5 移送 2 歯科 6 補装具 3 薬剤 7 その他	診療等を受けた期間	20△△年○月□日から 20△△年 ○月×日まで
入院・入院外の別	1 入院 2 入院外	医療費総額 (一部負担金等相当額)	円 (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 checked="" 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 青梅 信用金庫 河辺 支店 農協	1 普通 2 当座	口座番号 1234567 コウザメイギ オウメ イチロウ
上記のとおり、乳幼児、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		郵送する日	20△△年○月□日
		住所	青梅市 東青梅1丁目1番地の1
		電話番号	(0428-22 - 1111)
		氏名	青梅 一郎 印

同一人物 (医療証保護者)

- (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。