

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) 令和2年10月1日交付
健康保険 記号 ●●●● 番号 XXXX 枝番 XX
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。

負担者番号	8813XXXX	フリガナ	コマエ ミドリ
受給者番号	1234567	乳幼児氏名	狛江 みどり
保険者番号	0613XXXX	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	XXXX	(枝番)	XX
診療等を受けられた年月	1:入院 2: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
■年 □月	2 2	狛江市歯科クリニック	03-3430-△△△△
■年 △月	2 2	同上	
■年 △月	1 1	狛江市メディカルセンター	
■年 ○月	2 3	狛江市薬局	03-3430-□□□□
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 狛江 農協	金融機関コード	1234
口座番号(右詰め)	0123456	フリガナ	コマエ タロウ
口座名義	狛江 太郎	口座種別	普通当座貯蓄
上記のとおり医療助成費の支給を申請します。			
狛江市長 宛て ■■年 ○月 ○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			

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	8813XXXX
受給者番号	1234567
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しては、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 印	
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
------------	---