

担当		係長		課長	
----	--	----	--	----	--

都  
市

第6号様式（第12条関係）

子ども医療費助成申請書

		支給決定額		* 円		
負担者番号						
受給者番号				世帯主組合員 被保険者氏名		
保険の種類	1 国保 2 組合 3 協会 4 日雇 5 船員 6 共済	被保険者証 記号番号枝番				
保険者及び保険者番号	名称 (番号)					
子どもの氏名	生年月日		令和 平成	年	月	日生
			令和 平成	年	月	日生
申請の種類	1 一般 2 歯科 3 薬剤 4 看護 5 補装具 6 その他					
入院・入院外の別	1 入院		2 入院外			
診療を受けた期間	年 月 日から		年 月 日まで			
医療費総額	円 (うち標準負担額相当額 円)					
支給申請額	円					
病院などの名称 及び所在地	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □					
申請理由	1 都外診療 2 医療証を持っていなかった 3 補装具等 4 その他 (食事負担額・養育医療・育成医療・)					
支給額は、下記の口座にお振込みください。						
振込先 金融機関	銀行・農協	本店	1 普通	口座番号		
	信金・信組	支店	2 当座	口座名義 (カタカナ)		
*児童手当の口座への振込を		希望する				
上記のとおり、医療費の助成を申請します。						
令和 年 月 日						
武蔵村山市長 殿						
住所 武蔵村山市						
氏名						
*窓口に来たかた	氏名：	電話：	-	-	続柄：	

- \*印欄は記入しないでください。
- 番号を付けてある欄は、該当の番号を○で囲んでください。
- 武蔵村山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又は、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。