

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	8	8	1	3				
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	被保険者証 記号 番号				
4 日雇	5 船員	6 共済						
保険者及び保険者番号	名称 (番号)							
子どもの氏名					生年月日	年 月 日生		
						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。								
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。
- 記名押印に代えて、署名することができます。