

医療助成費支給申請書

※は、市記入欄

※支給決定総額	円
---------	---

制度区分	<input type="checkbox"/> 乳幼児	<input type="checkbox"/> 義務教育就学児	<input type="checkbox"/> 高校生等	<input type="checkbox"/> ひとり親等
------	------------------------------	----------------------------------	-------------------------------	--------------------------------

清瀬市長殿

下記のとおり、医療助成費の支給を申請します。また、医療助成費の請求及び下記口座に振り込むことを委任します。

※負担種別	年	月	日
-------	---	---	---

受給者	住所	清瀬市		連絡先
	フリガナ		申請理由	
	受給者氏名		1 都外での診察のため 2 医療証を非提示 3 健保が都外国保のため 4 その他 ()	
対象者氏名				
生年月日		年	月	日
対象者氏名				
生年月日		年	月	日
対象者氏名				
生年月日		年	月	日

加入保険（※種別： ）

被保険者氏名		保険者番号	
被保険者記号番号	記号	番号	

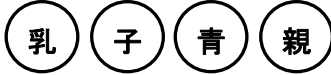
支給額振込指定口座

- 児童手当（市から受給している方）・児童育成手当・児童扶養手当と同じ口座を指定
- 上記とは別の口座（保護者の方のもの）を指定

振込先 金融機関	銀行・信金 農協・信組	普通・当座	口座番号						
	店・支店 出張所 店番 ()		口座名義 (カタカナ)						

（ここから下は記入しないでください。）

※申請の種類	1 医科	2 歯科	3 調剤	4 看護	5 補装具	外来	入院
※領収書枚数							
※助成金額							



医療助成費支給申請書

【記入例】

※は、市記入欄

該当する医療費助成制度の区分にレ点
チェックを記入してください。

※支給決定総額 円

制度区分 乳幼児 義務教育就学児 高校生等 ひとり親等

清瀬市長殿

下記のとおり、医療助成費の支給を申請します。また、医療助成費の
申請

※負担種別

令和 XX 年 XX 月 XX 日

医療証に記載される「保護者」欄の方の
氏名をご記入ください。

連絡先 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

〒目 8 4 2 番地

受給者	フリガナ	キヨセ タロウ	申請理由 1 都外での診察のため 2 医療証を非提示 3 健保が都外国保のため 4 その他 ()
	受給者氏名	清瀬 太郎	
対象者氏名	清瀬 一郎		医療費の助成を申請する対象者・児童 の氏名及び生年月日をご記入ください。
生年月日	平成 XX 年 XX 月 XX 日		
対象者氏名	清瀬 あい		
生年月日	令和 X 年 XX 月 XX 日		年 月 日
対象者氏名	「対象者氏名」欄に記入された方の健康保険証に記載される「被保険者氏名 (世帯主氏名)」、「保険者番号」等をご記入ください。		
生年月日	年 月 日		

加入保険 (※種別:)

被保険者氏名	清瀬 太郎	保険者番号	※※※※※※※
被保険者記号番号	記号 ※※※※	番号	※※※※※※※

支給額振込指定口座

- 児童手当 (市から受給している方) ・ 児童育成手当 ・ 児童扶養手当 と同じ口座を指定
- 上記とは別の口座 (保護者の方のもの) を指定

振込先 金融機関	※※※※※※※	銀行・信金 農協・信組	普通・当座	口座番号	1	2	3	4	5	6
	※※※※※※※	店・支店 出張所		口座名義 (カタカナ)	キヨセ タロウ					
		店番 (XXX)								

(ここから下は記入しないでください。)

※申請の種類	1	振込先として指定する口座にレ点チェックを記入してください。 なお、振込先として指定できる口座は、対象児童の父又は母、若しくは養育者の口座に限ります。	外来	入院
※領収書枚数				
※助成金額				

