

子どもの医療助成費支給申請書

武蔵野市長殿

医療証の保護者欄に記載されている方になります。

医療助成費の支給を申請します。

| | | | | | | | |
|-----------|----------|---|--------------|----|-------------------|---|---|
| フリガナ | | | 申請年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 保護者氏名 | | | 電話番号 | - | - | | |
| ※医療証に記載の方 | | ※日中連絡可能な電話番号をご記入ください。 | | | | | |
| 住所 | 〒 武蔵野市 | | | | | | |
| フリガナ | | | 医療証 負担者番号 | 8 | 8 | 1 | 3 |
| 子ども生年月日 | | | 医療証 受給者番号 | | | | |
| 健康保険 | 健康保険番号 | 番号・枝番 | 保険者番号 | | | | |
| | | 国民健康保険(組合) 健康保険組合・共済組合 支部(全国健康保険協会) | | | | | |
| 申請理由 | 1者 4倍 | | 診療期間(入院・入院外) | 平均 | 当てはまるほうに○をしてください。 | | |
| 申請金額 | 円 | | 領収書枚数 | 枚 | | | |

健康保険証を参照してください。

医療証を参照してください。

保険が適用された自己負担額の合計を記入してください。

児童手当の振込口座に振込を希望します。

注 公務員の方や高校生等に係る対象者の場合は、武蔵野市で児童手当の口座が確認できる。

下記の口座に振込を希望します。

どちらかにチェックしてください。
(注)公務員/高校生等の場合は、口座情報をご記入ください。

| | | | | | | | |
|--------------|----------------|--|--|--|--|--|--|
| 振込先金融機関 | 銀行・信金 信組・農協 | | | | | | |
| 金融機関コード/店番号 | | | | | | | |
| 預金種別/口座番号 | 普通口座 | | | | | | |
| ※ 口座名義(カタカナ) | | | | | | | |

※医療証に記載の保護者の名義に限ります。

医療証の保護者欄に記載されている方名義の口座以外は不可となります。

振り込みは申請月の翌月末となります。

受付者