

※お子様1人につき申請書が1枚必要です。
2人以上のお子様について申請する場合、それぞれ記入してください。

医療証に記載された番号を記入してください。

成費支給

受付印

負担者番号	8	8	1	3	1	3	4	6
受給者番号	7	1	2	3	4	5	6	

コダイラ ハナコ

小平 花子

生年月日

2008年 2月 1日

複数の医療機関で受診した場合、いずれか1つの医療機関名を記入し、他()箇所と記入してください。

1 入院 2 外来

診療期間

2024年 2月 15日 ~ 2024年 2月 17日

名称

公立昭和病院

他(1)箇所

所在地

(東京) 都・道・府・県

(小平) 区・市・町・村

申請の理由

1 都外受診

2 医療証到着前に受診

3 医療証提示忘れ

傷病の内容

保育所や学校管理下での傷病は保育所・学校に給付が受けられないか確認してください。給付の対象でない方、保育所・学校管理下での傷病でない方は支給申請ができます。られる場合があります。給付を受ける場合は、支給申請はできません。

振込先金融機関

小平

銀行 信用金庫・農協

口座番号

1 2 3 4 5 6 7

※医療証に記載の保護者の口座

小平

本店・支店・出張所

フリガナ

コダイラ タロウ

店番

1 2 3 普通・貯蓄

口座名義人

小平 太郎

必ず、下記請求者(医療証記載の保護者)名義の口座を記入してください。ゆうちょ銀行を指定する場合、記号・番号ではなく「振込用口座番号」を記入してください。

2024年 2月 28日

住所

小平市 小川町2-1333

氏名

小平 太郎

※医療証に記載の保護者の方

連絡先

(父・母) ※日中連絡の取れやすい連絡先
090-1234-△△△△

※申請期限は領収書の領収日の翌日から5年以内です。10割負担や補装具等の購入の場合は、先に加算の健康保険に保険給付分の請求(2年以内)を行い、支給決定通知書を受け取ってください。

市記入欄	総医療費	窓口負担額	法定給付	日数	自己負担額	助成額
200円負担	有	医療証の保護者欄に記載されている方を記入してください。				
	無					
補装具等						
高額療養費						

備考(高額療養費の場合は計算式を記入)

総計

受付