

③ 子ども医療助成費支給申請書

(* 記入しないでください)

支給決定額	*	円
-------	---	---

受給者番号										申請日	令和	年	月	日
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----	----	---	---	---

医療証有効期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日まで	
診療を受けた期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日まで	
受診者 (児童)	フリガナ				生年月日	年	月	日		
加入 保険	保険の種類	1 国保	2 国組	3 組合	4 協会	5 日雇	6 船員	7 共済	8 国退	
加入 保険	保険者番号									
他の助成の有無	他医療費の助成	有・無		(1 都	2 障	3 親	4 その他 ())			
	高額療養費	有・無		付加給付	有・無					
申請の理由	1 医療証発行前の受診だった 2 医療証を持参しなかった 3 都外又は当制度の対象外の医療機関だった 4 補装具等の購入 5 その他									
振込先金融機関	銀行 信用金庫 信用組合									
	コード				店番				1 普通 2 当座	
	口座番号								名義 (カタカナ)	
令和 年 月 日										
檜原村長 殿										
子ども医療助成費として上記のとおり申請します。										
申請者（養育者） 住所 東京都西多摩郡檜原村 氏名 電話 () -										

※ 1 太枠内を記入してください。
2 番号の付けてある欄、有・無のある欄は、該当箇所を○で囲んでください。

担当者記入欄

1	医療機関名					医療機関コード	- -			
	診療年月日	年	月	日	入院・外来別	1 入院 2 外来				
	診療科目	1 医科	2 歯科	3 調剤	4 看護	5 柔整・あはき	6 補装具	7 その他		
	申請額	総点数	診療費	薬代	自費	食事療養費	高額・付加	支給決定額		
2	医療機関名					医療機関コード	- -			
	診療年月日	年	月	日	入院・外来別	1 入院 2 外来				
	診療科目	1 医科	2 歯科	3 調剤	4 看護	5 柔整・あはき	6 補装具	7 その他		
	申請額	総点数	診療費	薬代	自費	食事療養費	高額・付加	支給決定額		
3	医療機関名					医療機関コード	- -			
	診療年月日	年	月	日	入院・外来別	1 入院 2 外来				
	診療科目	1 医科	2 歯科	3 調剤	4 看護	5 柔整・あはき	6 補装具	7 その他		
	申請額	総点数	診療費	薬代	自費	食事療養費	高額・付加	支給決定額		
4	医療機関名					医療機関コード	- -			
	診療年月日	年	月	日	入院・外来別	1 入院 2 外来				
	診療科目	1 医科	2 歯科	3 調剤	4 看護	5 柔整・あはき	6 補装具	7 その他		
	申請額	総点数	診療費	薬代	自費	食事療養費	高額・付加	支給決定額		

子ども医療助成費支給申請書

(* 記入しないでください)

支給決定額	*	円
-------	---	---

受給者番号	4	0	0	0	0	0	0	申請日	令和〇〇年〇〇月〇〇日
-------	---	---	---	---	---	---	---	-----	-------------

医療証有効期間	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	から	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日まで
診療を受けた期間	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	から	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日まで
受診者 (児童)	フリガナ 氏名	ヒハラ 仔唯 檜原 一郎	生年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日
加入 保険	保険の種類	① 国保 2 国組 3 組合 4 協会 5 日雇 6 船員 7 共済 8 国退	
保険	保険者番号	5 4 0 0 0 0 0 0	
他の助成の有無	他医療費の助成	有・無 (1 都 2 障 3 親 4 その他 ())	
	高額療養費	有・無 付加給付 有・無	
申請の理由	① 医療証発行前の受診だった 2 医療証を持参しなかった 3 都外又は当制度の対象外の医療機関だった 4 補装具等の購入 5 その他		
振込先金融機関	檜原 銀行 信用金庫 信用組合 檜原支 店		
	コード	1 2 3 4	店番 5 6 7 8 ① 普通 2 当座
	口座番号	0 0 0 0 0 0 0 0	名義 (カタカナ) ヒハラ 太郎
令和〇〇年〇〇月〇〇日			
檜原村長 殿			
子ども医療助成費として上記のとおり申請します。			
申請者 (養育者)		住所 東京都西多摩郡檜原村 2 7 1 7	
		氏名 檜原 太郎	
		電話 (042) 598 - 3121	

※ 1 太枠内を記入してください。
2 番号の付けてある欄、有・無のある欄は、該当箇所を○で囲んでください。

担当者記入欄

1	医療機関名					医療機関コード	- -	
	診療年月日	年 月 日		入院・外来別		1 入院 2 外来		
	診療科目	1 医科 2 歯科 3 調剤 4 看護 5 柔整・あはき 6 補装具 7 その他						
	申請額	総点数	診療費	薬代	自費	食事療養費	高額・付加	支給決定額
2	医療機関名					医療機関コード	- -	
	診療年月日	年 月 日		入院・外来別		1 入院 2 外来		
	診療科目	1 医科 2 歯科 3 調剤 4 看護 5 柔整・あはき 6 補装具 7 その他						
	申請額	総点数	診療費	薬代	自費	食事療養費	高額・付加	支給決定額
3	医療機関名					医療機関コード	- -	
	診療年月日	年 月 日		入院・外来別		1 入院 2 外来		
	診療科目	1 医科 2 歯科 3 調剤 4 看護 5 柔整・あはき 6 補装具 7 その他						
	申請額	総点数	診療費	薬代	自費	食事療養費	高額・付加	支給決定額
4	医療機関名					医療機関コード	- -	
	診療年月日	年 月 日		入院・外来別		1 入院 2 外来		
	診療科目	1 医科 2 歯科 3 調剤 4 看護 5 柔整・あはき 6 補装具 7 その他						
	申請額	総点数	診療費	薬代	自費	食事療養費	高額・付加	支給決定額