

乳・子 医療助成費支給申請書

※受付印

※欄は記入しないでください。

医療証を参照して記入してください。

対象児童の加入している健康保険証の内容を記入してください。

複数の医療機関で受診した場合でも、まとめて

マル乳の場合、領収書の保険診療の合計金額を記入してください。
 マル子の場合、保険診療の外来分から自己負担200円を除いた合計金額を記入してください。

() 内は申請書に添付する領収書の枚数を記入してください。

医療証に記載されている保護者名義の口座を記入してください。ゆうちょ銀行へ振り込む場合は振込み用の店番号・口座番号が必要です。

氏名は、医療証に記載されている保護者を記入してください。

太枠内を記入してください。

有効期間	※ 年 月 日 ~ 年 月 日										受付番号	※									
負担者番号	8	8	1	3	8	3	2	6	加入健康保険	被保険者(世帯主)	町田 忠生										
受給者番号	1	1	1	1	1	1	1	記号	12-34	番号	123										
フリガナ受診者氏名	マチダ モリノ 町田 森野							加入健康保険	番号	123456											
生年月日	令和 2 年 1 月 1 日							加入健康保険	名称	〇〇健康保険組合											
病院等の名称	町田なかよし医院										他	2 件									
申請の種類	<input type="radio"/> 1. 医科 <input type="radio"/> 2. 歯科 <input checked="" type="radio"/> 3. 調剤 <input type="radio"/> 4. 看護 <input type="radio"/> 5. 移送 <input type="radio"/> 6. 補装具 <input type="radio"/> 7. その他 ()																				
入院外来の別	1. 入院 <input checked="" type="radio"/> 2. 外来							支給申請額	円												
診療等を受けた期間	令和 2 年 4 月 15 日から 令和 2 年 5 月 20 日まで (領収書枚数 5 枚)							医療費総額	※												
								自己負担額	※												
	高額療養費に該当する場合は1ヶ月分の領収書をまとめてご申請下さい。							支給決定額	※ 円												
振込先金融機関	町田なかよし (銀行・信金・農協) 市役所前 (支店) 出張所 (普通・)																				
店番号	1	2	3	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	名義(カカナ)	マ	チ	ダ	・	タ	タ	・	オ	
上記のとおり、乳幼児医療費助成制度(乳)・義務教育就学児医療費助成制度(子)の医療助成費の支給を申請します。 なお、本書に記入した事項に関して町田市のOA機器に登録することを承諾します。 令和3 年 1 月 1 日 町田市長 宛 医療証に記載されている保護者 住所 〒 194-8520 町田市 森野2-2-22 氏名 町田 忠生 連絡先 042 (724) 2139 (この申請についてわかる方の電話番号を記載してください。)																					

保険診療以外の医療費・入院時の食事療養費は、医療費助成の対象外です。

- (注意)
- 1 領収書原本(保険点数か保険診療金額が記載されたもの)を添付してください。
 - 2 保護者の氏名は医療証に記載されている保護者であり、振込先名義と同一となります。
 - 3 ゆうちょ銀行へ振り込む場合は振込み用の店番号・預金種目・口座番号が必要です。

保険外が含まれる領収書や、マル子の外来分の領収書の返却を希望される方は、申請書右側の余白に「領収書返却希望」と赤字で記入してください。

口座	児手口座・前回口座
領収書	返却希望あり
高額	支払遅れ了承済

- ・ 振込は申請月の翌月の月末です。入院時、高額該当の場合はそれ以上かかる場合があります。請求できる期間は医療証の資格期間内であれば、医療費を支払った日の翌日から5年間です。
- ・ 郵送でご申請の場合、郵送事故の責任は負いかねます。