

市受付印	受付者
------	-----

㊦ 乳幼児医療助成費支給申請書

あきる野市長 殿

下記のとおり、領収書を添えて医療費の助成を申請します。なお、付加給付がある場合は申し出ます。支給額は、下記口座に振り込んでください。また、この届出項目が、電子計算組織に記録されることを了承します。

記

乳 幼 児 医 療 証 の 記 載 内 容				
医療証番号	負担者番号		受給者番号	
乳幼児氏名	乳幼児生年月日	年 月 日		
保護者氏名	住 所			
乳 幼 児 の 保 険 証 の 内 容				
保険の種類	1 国保 4 共済	2 組合 5 その他( )	3 協会	世帯主組合員 被保険者氏名
被保険者証記号番号	(枝番)			
保険者番号			保険者名称	
申 請 内 容				
申請種類	1 一般 5 補装具	2 歯科 6 養育医療	3 薬剤 7 小児慢性	4 看護 8 その他( )
入院・入院外の別	1 入院      2 入院外			
申請の理由	1 都外の病院等での診療 2 医療証を持っていなかった。 3 補装具の費用		4 小児慢性負担金 5 養育医療負担金 6 その他( )	
添付書類	1 領収書( 枚) 2 療養費支給決定通知書 3 医師の診断書(補装具の場合)		4 医療券の写し(小児慢性の場合) 5 養育医療納入領収書(養育医療の場合) 6 その他( )	
振 込 先				
金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合		支店名	支店出張所
金融機関コード			支店コード	
口座種別	普通・当座・貯蓄	口座番号		
口座名義(医療証の保護者名義に限る。)			カタカナで記入してください。	
連絡先電話番号(振込不能等の場合に連絡できるところ。携帯可)			( )	

職 員 記 入 欄			
不足書類	<input type="checkbox"/> 振込先口座 <input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 療養費支給決定通知書 <input type="checkbox"/> 医療券の写し(小慢)		
連絡事項			
支給決定額			

市受付印		乳幼児医療助成費支給申請書 あきる野市長 殿 下記のとおり、領収書を添えて医療費の助成を申請します。なお、付加給付がある場合は申し出ます。支給額は、下記口座に振り込んでください。また、この届出項目が、電子計算組織に記録されることを了承します。	
受付者			
記			
乳 幼 児 医 療			
医療証番号	負担者番号		
乳幼児氏名	乳生年		住
保護者氏名	① <b>保護者氏名と、口座名義人には医療証の保護者の欄に記載されている方の氏名を記入してください。</b>		
乳 幼 児 の 保			
保険の種類	1 国保	2 組合	3 協会
	4 共済	5 その他( )	
被保険者証記号番号			
② 保険者番号			
保険者名称			
申 請 内 容			
申請種類	1 一般	2 歯科	3 薬剤
	5 補装具	6 養育医療	7 小児慢性
			8 その他( )
入院・入院外の別	1 入院	2 入院外	
申請の理由	1 都外の病院等での診療	4 小児慢性負担金	
	2 医療証を持っていなかった。	5 養育医療負担金	
	3 補装具の費用	6 その他( )	
添付書類	1 領収書( 枚)	4 医療券の写し(小児慢性の場合)	
	2 療養費支給決定通知書	5 養育医療納入領収書(養育医療の場合)	
	3 医師の診断書(補装具の場合)	6 その他( )	
振 込 先			
金融機関名	銀行・信用金庫	支店名	支店出張所
	農協・信用組合		
金融機関コード		支店コード	
口座種別	普通・当座・貯蓄	口座番号	
口座名義(医療証の保護者名義に限る。)		カタカナで記入してください。	
連絡先電話番号(振込不能等の場合に連絡できること。携帯可)			
職 員 記 入 欄			
不足書類	<input type="checkbox"/> 振込先口座	<input type="checkbox"/> 医師の診断書	<input type="checkbox"/> その他( )
	<input type="checkbox"/> 療養費支給決定通知書	<input type="checkbox"/> 医療券の写し(小慢)	
連絡事項			
支給決定額			

## 申請書の記入のしかた

- ① 対象のお子さんの医療証の記載内容を記入してください。
- ② 対象のお子さんの保険証の記載内容を記入してください。
- ③ 申請の種類、申請の理由、添付書類などを記入してください。
- ④ 振込先の口座を指定してください。

※ (必ず、医療証に記載されている保護者の方の名義の口座を記載してください。)

## 対象となるもの

- ・東京都外の病院を受診した
- ・医療証を提示せずに病院を受診して、自己負担額以上の医療費を支払った
- ・治療用の補装具や眼鏡などを作成し、その費用を支払った
- ・東京都外の国民健康保険組合に加入している

## 申請書に添付する書類

- ・医療機関が発行した領収書

※入院、外来の別 受診者の氏名 領収額 保険診療点数 診療年月日 領収年月日 病院等の所在地、名称、領収印が記載されているものがが必要です。

ただし、高額療養費に該当する場合や治療用の補装具や眼鏡などを作成した場合には、加入保険から発行される「療養費支給決定通知書」が必要になりますので、あきる野市へ医療助成費の支給申請をする前に、加入保険へ療養費の支給申請を行ってください。

## 助成方法

支給申請書を提出した月の翌月 15 日前後に、決定した額を指定された口座へ振り込みます。