

3制度共通

太枠内は必ずご記入ください。

乳 子 親

医療助成費支給申請書

整理番号

受付確認年月日

保護者氏名(カタカナ)

昭和 平成 年 月 日生

電話番号

該当する制度にチェックをつけてください。

- 乳幼児医療費助成制度
- 義務教育就学児医療費助成制度
- ひとり親家庭医療費助成制度

受給対象者

氏名(カタカナ)

生年月日

受給者番号

資格期間

昭和 平成 令和 年 月 日

昭和 平成 令和 年 月 日

昭和 平成 令和 年 月 日

昭和 平成 令和 年 月 日

昭和 平成 令和 年 月 日

申請理由

東京都以外で受診 補装具・治療用眼鏡など作成
医療証が到達する前に受診
その他 ()
その他の場合詳しく理由を記入してください。

該当するものにしを付けてください。

支払希望金融機関

名称

支店名

店番

銀行
信金
信組
農協

支店
出張所

口座番号

口座名義(カタカナ)

振込口座は、医療証に記載されている保護者の名義の口座を必ず記入してください。

病院名等

名称

電話

所在地

受診者の氏名の記載のない領収書は、裏面に受診者の氏名を必ず記入してください。

領収書に病院名、所在地、電話番号の記載がない場合は左記に必ずご記入ください。(複数記入可)

保険者番号

記号

番号

上記のとおり、医療助成費の支給を申請します。また、本申請に関して八王子市が私の世帯の公簿及び医療費に関する情報について、私の世帯の受診した医療機関及び健康保険組合等に調査することに同意します。

令和 年 月 日

八王子市長殿
住所

氏名

印

署名・口座は、医療証に記載されている保護者の方のお名前でご記入ください。

備考欄・事務連絡

窓口担当者

支払決定金額

円