



高校生等医療助成費支給申請書

負担者番号	8	9	1	3	1	3	4	6	受付印		
受給者番号	7										
フリガナ								生年月日	年	月	日
児童の氏名								生年月日	年	月	日
入院・外来の別	1 入院	2 外来	診療期間		年 月 日 ~ 年 月 日						
病院等の名称 所在地	名称	他 () 箇所									
	所在地	() 都・道・府・県			() 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				
	4 補装具・治療用眼鏡等の購入		5 その他 ()								
傷病の内容	<input type="checkbox"/> 確認済		保育所や学校管理下での傷病は、日本スポーツ振興センターの給付が受け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 ※医療証に記載の 保護者の口座	銀行・信用金庫・農協						口座番号				
	本店・支店・出張所						フリガナ				
	店番				普通・貯蓄	口座名義人					
小平市長 殿 上記のとおり、高校生等医療費助成制度の医療助成費の支給を申請します。											
										年 月 日	
住所	小平市										
氏名	※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				
※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										
	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			