

※お子様1人につき申請書が1枚必要です。
2人以上のお子様について申請する場合、それぞれ
記入してください。

成費支給

医療証に記載された番号
を記入してください。

受付印

複数の医療機関で受
診した場合、いずれか
1つの医療機関名を
記入し、他()箇所
と記入してください。

負担者番号	8	8	1	3	8	3	4	2				
受給者番号	5	1	2	3	4	5	6					
コダイラ				ハナコ								
小平花子				生年月日		2024年 2月 1日						
1 入院		2 外来		診療期間		2024年 2月 15日 ~ 2024年 2月 17日						
名称		公立昭和病院				他(1)箇所						
所在地		所在地		(東京)		(都・府・県)		(小平)		(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						
傷病の内容		保育所や学校管理下での傷病は保育所・学校に給付が受けられないか確認してください。給付の対象でない方、保育所・学校管理下での傷病でない方は支給申請ができません。 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		小平		銀行		信用金庫・農協		口座番号		1 2 3 4 5 6 7		
※医療証に記載の保護者の口座		小平		本店・支店		出張所		フリガナ		コダイラ タロウ		
店番		1	2	3	普通		貯蓄		口座名義人		小平 太郎	

保育所や学校管理下での傷病は保育所・学校に給付が受けられないか確認してください。給付の対象でない方、保育所・学校管理下での傷病でない方は支給申請ができません。
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。

必ず、下記請求者(医療証記載の保護者)名義の口座を記入してください。
ゆうちょ銀行を指定する場合、記号・番号ではなく「振込用口座番号」を
記入してください。

2024年 2月 28日

住所	小平市 小川町2-1333				
氏名	小平 太郎		※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 090-1234-△△△△

※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、先加入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	法定給付額	助成額
2割				
10割				
補装具等				
高額療養費				

医療証の保護者欄に記載
されている方を記入して
ください。

備考(高額療養費の場合は計算式を記入)

総計

受付