



高校生等医療助成費支給申請書

受付印

負担者番号	8	9	1	3																	
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			