

★太線の枠内をご記入ください

様式第4号（第9条関係）

★ 日中の連絡先

氏名：( )

電話：( )

携帯：( )

□ 高校生等医療費助成支給申請書

国分寺市長 殿

下記の申請理由により、領収書を添えて高校生等医療費助成制度の医療助成費支給申請します。なお、支給決定額は、下記の口座に振り込んでください。また、この申請の事項は、子ども子育て支援課長において保管され、私の個人情報、電子計算組織に記録されることに同意します。

申請者記入欄	申請年月日	年 月 日	↓医療証に記載されている保護者名義の口座を記入↓										
	(フリガナ)		銀行	支店							出張所		
	(医療証に記載されている) 保護者の氏名		番号	支店コード							保護者名義 (カタカナ)		
	(フリガナ)		口座番号										
□ 高校生等の氏名		申請理由	該当の番号を○で囲んでください 1, 東京都以外での受診 ※枝番 2, 医療証交付前の受診 ※枝番 3, その他 ※枝番 ( )										
受給者番号			支給決定額							円			
診療内容 (医療機関別・診療科別・診療月別・通院入院別)	枝番	診療科 通院入院の区別	診療等を受けた期間	総医療費 自己負担額	附加給付 高額療養費	支給申請額	資格取得年月日 公費区分						
	1	医科・歯科・薬剤 その他 ( )	年 ( 日間 ) 月 日 から 月 日 まで	( 3割 ) 円	□なし 円	* 円	年 月 日 □都費 □市費						
	2	医科・歯科・薬剤 その他 ( )	年 ( 日間 ) 月 日 から 月 日 まで	( 3割 ) 円	□なし 円	* 円	年 月 日 □都費 □市費						
	3	医科・歯科・薬剤 その他 ( )	年 ( 日間 ) 月 日 から 月 日 まで	( 3割 ) 円	□なし 円	* 円	年 月 日 □都費 □市費						
	4	医科・歯科・薬剤 その他 ( )	年 ( 日間 ) 月 日 から 月 日 まで	( 3割 ) 円	□なし 円	* 円	年 月 日 □都費 □市費						
	5	医科・歯科・薬剤 その他 ( )	年 ( 日間 ) 月 日 から 月 日 まで	( 3割 ) 円	□なし 円	* 円	年 月 日 □都費 □市費						
	6	医科・歯科・薬剤 その他 ( )	年 ( 日間 ) 月 日 から 月 日 まで	( 3割 ) 円	□なし 円	* 円	年 月 日 □都費 □市費						

保険の種類・記号番号・被保険者（世帯主）・名称等及び医療機関の名称・所在地は別紙のとおり

確認事項 領収証 枚 ( 社保・国保 )

入院等の場合	□高額療養費 有・無	□世帯合算 有・無	□附加給付 有・無	□同月内 ¥21,000以上の診療 有・無
その他公費負担	□小児慢性疾患医療費助成	( 食事日数 日間 )	□難病医療	□自立支援医療