

記入見本

稲城市長殿

乳幼児・義務教育就学児

○医療証の情報をご記入ください。

		申請日			令和 ▲ 年 ▲ 月 ▲ 日			
負担者番号	8	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲
受給者番号	6	▲	▲	▲	▲	▲	▲	
児童	ふりがな	いなぎ なしのすけ						
	氏名	稲城 梨之助						
	生年月日	平成	令和	▲	年	▲	月	▲
保護者	住所	稲城市 東長沼2111番地						
		<input checked="" type="checkbox"/> 児童と保護者が別居の場合はチェック <input checked="" type="checkbox"/> してください						
	氏名	※医療証に記載の保護者 稲城 梨花						
	電話	▲▲▲ (▲▲▲▲) ▲▲▲▲						
有効期間	令和 ▲ 年 ▲ 月 ▲ 日 ~ 令和 ▲ 年 ▲ 月 ▲ 日							

【職員記入欄】

自己負担なし
 乳・都
 乳・市

自己負担あり
 都
 青・都
 青・市

○領収書の情報をご記入ください。

診療を受けた期間	令和 ▲ 年 ▲ 月 ▲ 日 ~ 令和 ▲ 年 ▲ 月 ▲ 日
入院・入院外の別	入院 ・ 入院外
申請の理由	1 都外受診 2 医療証発行前 3 その他

入院と入院外
それぞれ別の
申請書をご記
入いただく必
要があります。

○振込先口座を変更する場合のみご記入ください。変更する場合は兄弟姉妹全員に反映します。(児童名義不可)

金融機関	支店	種類	口座番号	口座名義(カタカナ)
銀行 信金 農協	支店	普通		

口座
 最
 なし
 (あり
 済

○提出前にご確認(チェック)ください。詳細はHPをご覧ください。

児童ごと、制度ごと(マル乳、マル子、マル青)に申請書を記入しました。

必要書類を添付しました。

(1) 都外診療、医療証発行前診療等(2割・3割負担)の場合：領収書(原本)

(2) 治療用器具(弱視用眼鏡・補装具等)の場合：領収書(写可)、
医師の作成指示書又は診断書(写可)、健康保険組合の支給決定通知書(原本)

(3) 10割負担の場合：領収書(写可)、健康保険組合の支給決定通知書(原本)

※いずれの場合も、診療明細・調剤明細は添付不要です。

領収書は全て児童名義です。(出産費用のみ、「〇〇様(母氏名)ベビー」可)

「領収書返却の注意点」について確認しました。(必要に応じて写しをおとりください)

※領収書は返却できません。自己負担額がある領収書を確定申告に使用する場合は申し出てください。

申請の書類
 入院
 入院外
 歯科
 調剤
 メガネ
 補装具
 看護

受付

口座変更をする方のみ	口座変更をする場合のみ
<input checked="" type="checkbox"/> キャッシュカード又は通帳の写しを添付しました。	チェックが必要です。

- 1 太枠内を記入してください。
- 2 番号のある欄は、該当箇所を○で囲んでください。
- 3 保険の療養費支給決定通知書又は医療費の領収書を添えて申請してください。
- 4 保険で付加給付のある場合は、申し出てください。

支給決定金額 (職員記入欄)	円
-------------------	---