様式第５号（第１２条関係）

市受付印	受付者

子

義務教育就学児医療助成費支給申請書

（宛先）小金井市長

下記のとおり、領収書を添えて医療費の助成を申請します。なお、付加給付がある場合は申し出ます。支給額は、下記口座に振り込んでください。また、この届出項目が、電子計算組織に記録されることを了承します。

年　月　日申請

記　　※記名押印に代えて署名することができます。

義務教育就学児医療証の記載内容

医療証番号	負担者番号 8 8 1 3 3 3	受給者番号	
児童氏名		児童生年月日	年　月　日
保護者氏名	印	住所	小金井市

児童の保険証の内容

保険の種類	1　国保　2　組合　3　協会 4　共済　5　その他（　　）	世帯主組合員被保険者氏名	
記号		番号	
保険者番号		保険者名称	

申請内容

申請種類	1　一般　2　歯科　3　薬剤　4　看護 5　補装具　6　小児慢性　7　その他（　　）
入院・入院外の別	1　入院　2　入院外
申請の理由	1　都外の病院等での診療　4　小児慢性負担金 2　医療証を持っていなかった。　5　その他（　　） 3　補装具の費用
添付書類	1　領収書（　　枚）　4　医療券の写し（小児慢性の場合） 2　療養費決定通知書　5　その他（　　） 3　医師の診断書（補装具の場合）

必ず領収書原本を添付すること

振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合	支店名	支店 出張所
	金融機関コード		支店コード	
	口座種別	普通・当座・貯蓄	口座番号	
	口座名義人（医療証の保護者名義に限る。）		カタカナで記入してください。	
連絡先電話番号（振込不能等の場合に連絡できるところ。携帯可。）			（　　）	

市記入欄

不足書類	☐ 振込先口座　☐ 医師の診断書　☐ その他（　　） ☐ 療養費支給決定通知書　☐ 医療券の写し（小慢）
連絡事項	
支給決定額	