

高校生等医療助成費支給申請書

(* 記入しないでください)

支給決定額	*	円
-------	---	---

負担者番号	8	9	1	3				
受給者番号								

受診者		フリガナ							生年月日	年	月	日
		氏名										
加入保険	保険の種類	1 国保 2 国組 3 組合 4 協会 5 日雇 6 船員 7 共済 8 国退										
	保険者番号											
他の助成の有無		他医療費の助成	有・無 (1 都 2 障 3 親 4 その他 ())									
		高額療養費	有・無		付加給付		有・無					
申請の種類		1 一般 2 歯科 3 薬剤 4 看護 5 移送 6 補装具 7 その他										
入院・入院外の別		1 入院					2 入院外					
診療を受けた期間		年 月 日から					年 月 日まで					
申請の理由		1 医療証発行前の受診だった 2 医療証を持参しなかった 3 都外又は当制度の対象外の医療機関だった 4 補装具等の購入 5 その他										
振込先金融機関		銀行 信用金庫 信用組合 支店										
		コード					店番				1 普通 2 当座	
		口座番号								名義 (カタカナ)		
東京都大島町長 殿											年 月 日	
高校生等医療助成費として上記のとおり申請します。												
申請者 (養育者)				住所								
				氏名								
				電話								

※ 1 太枠内を記入してください。
2 番号の付けたる欄、有・無のある欄は、該当箇所を○で囲んでください。

担当者記入欄

1	医療機関名							医療機関コード	-	-
	診療年月日	年 月 日			入院・外来別		1 入院 2 外来			
	診療科目	1 医科 2 歯科 3 調剤 4 看護 5 柔整・あはき 6 補装具 7 その他								
	申請額	総点数	診療費	薬代	自費	食事療養費	高額・付加	支給決定額		
2	医療機関名							医療機関コード	-	-
	診療年月日	年 月 日			入院・外来別		1 入院 2 外来			
	診療科目	1 医科 2 歯科 3 調剤 4 看護 5 柔整・あはき 6 補装具 7 その他								
	申請額	総点数	診療費	薬代	自費	食事療養費	高額・付加	支給決定額		