第５号様式（第12条関係）

記入例

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	7	5	6	6
受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	

医療証に記載されている番号を記入

受診者	フリガナ	オオシマ　ツバキ	生年月日	平成〇年　〇月　〇日	
	氏名	大島　つばき			
加入保険	保険の種類	1 国保（〇）　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	1 2 3 4 5 6 7 8			
他の助成の有無	他医療費の助成	有・無（〇）（1 都　2 障　3 親　4 その他（　　　））			
	高額療養費	有・無（〇）	付加給付	有・無（〇）	
申請の種類	1 一般（〇）　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（〇）				
診療を受けた期間	令和〇〇年　〇〇月　〇〇日から　令和〇〇年　〇〇月　〇〇日				
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（〇）　4 補装具等の購入　5 その他				
振込先金融機関	みずほ　銀行（〇）・信用金庫・信用組合　大島特別出張所　支店				
	コード	0 0 0 1	店番	6 1 9	1 普通（〇）　2 当座
	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	名義（カタカナ）	オオシマ　タロウ	

申請者の口座番号等を記入

年　　月　　日

申請日を記入

東京都大島町長　殿

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（保護者）　住所　大島町元町１－１－１４
氏名　大島　太郎
電話　090－1234－5678

申請者と振込先の口座名義人は同一

※　1 太枠内を記入してください。
　　2 番号の付けてある欄、有・無のある欄は、該当箇所を〇で囲んでください。

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						