



高校生等医療助成費支給申請書

										支給決定額	*	円	
負担者番号	8	9	1	3						世帯主組合員			
受給者番号										被保険者氏名			
保険の種類	1 国保	2 組合	3 協会	4 日雇	被保険者証 記号番号								
	5 船員	6 共済	7 国組	8 国退									
保険者名									番号				
高校生等の氏名									生年月日	年	月	日	
申請の種類	1 一般		2 歯科		3 薬剤		4 看護						
	5 補装具		6 その他										
入院・入院外の別	1 入院				2 入院外								
診療等を受けた期間	年 月 日から				年 月 日								
医療費総額											円		
支給申請額											円		
支給申請に係る 他の助成の有無	各保険組合の高額療養費・付加 給付による給付					有・無					日本スポーツ振興センターの学校共済 による給付		有・無
	交通事故等第三者行為					有・無					他の医療助成制度		有・無
医療機関名	名称												
申請の理由 (詳しく書いてください。)	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 ( )												
支給額は、下記の口座に振り込んでください。													
振込先 金融機関	銀行 信用金庫 農協			店			1 普通	口座番号	フリガナ				
							2 当座	口座名義					
上記のとおり、高校生等医療費助成制度の医療助成費の支給を申請します。 年 月 日 日の出町長 様 平井 住所 日の出町大字 大久野 氏名 電話 ( ) -													

- (注意) 1 \*印欄は記入しないでください。  
 2 番号をつけてある欄は、該当の番号を○で囲んでください。  
 3 領収書または療養費支給決定通知書を添えて申請してください。  
 なお、保険で付加給付のある場合は申し出てください。