

## 子ども医療助成費支給申請書

申請区分	1 乳 ・ 2 子 ・ 3 青
支給額計	円

負担者番号							子 ども						
受給者番号							氏 名						
							生 年 月 日		年 月 日				
加入 保 険	種別	1 国保 4 協会	2 国保組合 5 共済	3 健保組合 6 その他	被保険者等氏名								
	保険者名				記 号 番 号								
				保 険 者 番 号									
受 診 期 間		病 院 等 の 名 称			医 療 費 の 内 訳			申 請 種 類					
1	年 月 日 ～ 年 月 日 ( 日間)		入院 ・ 外来				申 請 額	円	1一般2歯科				
							総保険点数	点	3薬剤4看護				
							※支給額	円	5移送				
							(医療 薬剤負担)	)	6補装具				
2	年 月 日 ～ 年 月 日 ( 日間)		入院 ・ 外来				申 請 額	円	1一般2歯科				
							総保険点数	点	3薬剤4看護				
							※支給額	円	5移送				
							(医療 薬剤負担)	)	6補装具				
3	年 月 日 ～ 年 月 日 ( 日間)		入院 ・ 外来				申 請 額	円	1一般2歯科				
							総保険点数	点	3薬剤4看護				
							※支給額	円	5移送				
							(医療 薬剤負担)	)	6補装具				
4	年 月 日 ～ 年 月 日 ( 日間)		入院 ・ 外来				申 請 額	円	1一般2歯科				
							総保険点数	点	3薬剤4看護				
							※支給額	円	5移送				
							(医療 薬剤負担)	)	6補装具				
申請の理由		1 医療証交付前の受診      2 都外医療機関で受診      3 療養費の支給を受けた 4 都外国保(組合)に加入している      5 都内非取扱医療機関で受診(区内/区外) 6 医療証を持参しなかった      7 未熟児養育医療負担分      8 その他( )											
振込先 金融機関	銀行 信用金庫 信用組合						支 店 番 号		種 別	1 普通			
	支 店									2 当座			
番号											名 義		
											(フリガナ)		

上記のとおり、子ども医療助成費の支給を申請します。

文京区長殿

年 月 日

(住 所)

(電話番号)

(氏 名)