別記様式第5号(こども　第8条関係)
別記様式第6号(ひとり親家庭等　第20条関係)

□こ　ど　も
□ひとり親家庭等

医　療　助　成　費　支　給　申　請　書

負担者番号		対象者氏名	
受給者番号		生年月日	年　月　日

健康保険	記　号	番　号	保　険　者　名
			国民健康保険(組合) 健康保険組合・共済組合 支部(全国健康保険協会)

申請の種類 (複数該当可)	**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・外来の別 (複数該当可)	**1 外来　2 入院**
診療を受けた期間 (入院を含む。)	年　月　日　から　　年　月　日　まで

申請金額	円	領収書枚数	枚

振込先 金融機関	銀行 信用金庫 信用組合	支店 出張所	支店番号	預金種別	**1 普通** **2 当座**
口座番号		口座名義	(フリガナ)		

文京区国保・給付状況の確認に同意し、上記のとおり、医療助成費の支給を申請します。

年　月　日

文京区長　殿

住　所　　文京区

電　話　　(　　)

氏　名

(口座名義人)

(注意)　1　領収書を添付してください。負担割合が10割の場合は保険未適用または保険対象外です。保険未適用の場合は先に加入する健康保険組合等で手続きを行い、発行された療養費の支給決定に係る通知書(文京区国民健康保険の方は不要)を添えて申請してください。保険対象外の場合は助成することができません。

2　申請者氏名欄には口座名義人を記入してください。

3　償還払いを受けた分は、医療費控除できませんので、ご注意ください。

【事務処理欄】

受付印

支給決定金額	円