

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)

該当するものにチェックしてください

こども
 ひとり親家庭等 医療助成費支給申請書

1	負担者番号	8 0 0 0 0 0 0 0	3	対象者氏名	文京 花子
2	受給者番号	1 2 3 4 5 6 7	4	生年月日	0000 年 0 月 0 日
5	健康保険	記号	番号	保 険 者 名	
		00	0000	文京区 <small>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)</small>	
6	申請の種類 (複数該当可)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 一般 <input type="checkbox"/> 2 歯科 <input checked="" type="checkbox"/> 3 薬剤 <input type="checkbox"/> 4 看護 <input type="checkbox"/> 5 移送 <input type="checkbox"/> 6 補装具 <input type="checkbox"/> 7 その他()			
6	入院・外来の別 (複数該当可)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 外来 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入院			
7	診療を受けた期間 (入院を含む。)	2000 年 0 月 0 日 から 2000 年 0 月 0 日 まで			
8	申請金額	24,000 円	3	領収書枚数	3 枚
9	振込先 金融機関	銀行	支店	支店番号	預金種別
		文京 春日	出張所	0 0 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1 普通 <input type="checkbox"/> 2 当座
		口座番号	口座名義	(フリガナ) フシキョウ タロウ 文京 太郎	
		1 2 3 4 5 6 7			

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。

2025 年 4 月 1 日

文京区長 殿

10

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

記入例

※審査の結果、申請金額と支給決定金額が一致しない場合がありますので、あらかじめご了承ください。

医療証の記載事項を確認してください

①～④ 対象者(診療を受けた者)の医療証から転記してください。

健康保険情報の記載事項を確認してください

⑤ 対象者が加入する健康保険情報を記入してください。

領収書の記載事項を確認してください

⑥ 領収書の該当する診療種別にマルをつけてください(複数可)。治療用眼鏡を作成した場合は、「6 補装具」にマルをつけてください。

⑦ 医療助成費支給申請書に添付する領収書のうち、診療を受けた**最初の日**、**終わりの日**を記入してください。

※入院の場合は、入院期間も含みます。

※補装具の場合は、医師の指示書に記載された診断日を記入してください。

⑧ 申請金額：

【こども医療助成費の場合】【ひとり親家庭等医療助成費(負担者番号：81137051)の場合】

領収書の負担金額(一部負担金)を記入してください。

領収書が複数枚ある場合は、負担金額(一部負担金)の合計金額を記入してください。

【ひとり親家庭等医療助成費(負担者番号：81136053)の場合】

領収書の**負担金額(一部負担金)の2/3**の金額(四捨五入)を記入してください。

徴収書が複数枚ある場合は、負担金額(一部負担金)の2/3の合計金額を記入してください。

振込先金融機関がわかるものを確認してください

⑨ 支給決定額をお振込みする金融機関を記入してください。

【こども医療助成費の場合】 保護者(父または母)名義の口座 こども名義の口座

【ひとり親家庭等医療助成費の場合】 受給者名義の口座

⑩ **口座名義人の住所・電話・氏名をご記入ください。 ※口座名義人の方が署名してください。**

提出するもの

※領収書は返却しません。必要な方はコピーをしてから原本を提出してください。

	支給申請書	領収書	支給決定通知書	医師の指示書等
医療証を使わずに受診した場合	○	原本	×	×
保険証と医療証を使わずに受診した場合	○	写し	原本	×
補装具(治療用眼鏡含む)を作成した場合	○	写し	原本	写し