

別記様式第5号(子ども 第8条関係)

別記様式第6号(ひとり親家庭等 第20条関係)

子ども医療助成費支給申請書

ひとり親家庭等

1

負担者番号

80000000

3

対象者氏名

文京 花子

2

受給者番号

1234567

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

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)

6

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()

6

入院・外来の別
(複数該当可)

1 外来

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

8

領収書枚数

3 枚

9

振込先
金融機関

銀行

信用金庫

信用組合

文京

春日

支店

出張所

支店番号

001

預金種別

1 普通

2 当座

口座番号

1234567

口座名義

文京 太郎

(フリガナ) フンキョウ タロウ

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 春日1丁目16番21号

電話

123 -4567 -8910

氏名

文京 太郎

(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

※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。

記入例

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：
【子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。
【医療費の10割を負担して健康保険組合等から7, 8割分の支給を受けたとき】※補装具等
医療費10割（全額）から健康保険組合等より支給された金額を差し引いた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。
【子ども医療助成費の場合】 ○保護者（父または母）名義の口座 ×子ども名義の口座
【ひとり親家庭等医療助成費に場合】 ○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