

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 っ と り 親 家 庭 等

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
口座 番号		口座 名義	1 普通 2 当座
(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入会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
--------	---