

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) **該当するものにチェックしてください**

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	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 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 文京 信用金庫 春日 信用組合		支店 支店番号 ① 普通 ② 当座 出張所 0 0 1 預金種別
	口座番号 1 2 3 4 5 6 7	口座名義	(フリガナ) フンキョウ タロウ 文京 太郎

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：

【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。

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。

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