

親

ひとり親家庭等医療助成費支給申請書

負担者番号	8 1 1 3	1 国保 2 組合 3 協会けんぽ 4 日雇 5 船員 6 共済 7 後期高齢			
受給者番号		保険者番号			
フリガナ 受診者氏名		記号		番号	
生年月日	S・H 年 月 日	被保険者 氏 名			
申請の種類	1 医療(医科・歯科・調剤) 2 補装具 3 柔道整復 4 針灸・マッサージ 5 高額(個人) 6 高額(世帯)※ 7 海外療養費 8 その他()				
※6 高額(世帯)の場合、上記以外の受診者()					
入院・外来	1 入院 2 外来	診療等を受けた期間	年 月 日～ 年 月 日		
助成費は下記口座に振り込んでください。					
振込先 金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合	支店 本店	店番号	種別 1 普通 2 当座	
	口座番号				
口座名義(カタカナ)					
<p>上記のとおり医療助成費の申請をします。なお、本申請に関し、健康保険組合・共済組合からの付加給付は一切ありません。後日、付加給付がなされた場合は、その相当額を返還することに異議のないことを申し添えます。なお支給決定に際し、申請内容について医療機関・健康保険組合・関係所管課に確認することに同意します。医療機関名・医療機関所在地については、別紙領収書のとおりです。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者(保護者)</p> <p>住所 _____</p> <p>氏名 _____</p> <p>電話 _____ ()</p> <p>(提出先)足立区長</p>					

※太枠内を記入してください。消せるボールペンは使用しないでください。

※受診者ごと、負担者番号ごとで記入してください。

※振込日、助成額等の通知はいたしませんので、通帳記帳等でご確認ください。

《領収書について》

- 原本を添付してください。
- 受診者名、受診日、保険点数、領収額、医療機関名が記載されているもの。記載がない場合は、医療機関に依頼してください。
- 領収印欄があり、領収印がないものは無効です。

足立区記入欄

収受番号	
領収書	枚
受付	
審査	
確認	

親

ひとり親家庭等医療助成費支給申請書

医療証参照

受診された方

保険証参照

申請者の口座

負担者番号	8 1 1 3 7 2 1 8	① 国保 2 組合 3 協会けんぽ 4 日雇 5 船員 6 共済 7 後期高齢
受給者番号	1 2 3 4 5 0 1	保険者番号 0 0 1 3 8 2 1 4
フリガナ	アダチ タロウ	記号 2 1 - 1 2 番号 3 4 5 6
受診者氏名	足立 太郎	被保険者氏名 足立 花子
生年月日	S ① H 1 5 年 4 月 1 日	
申請の種類	① 医療(医科・歯科・調剤) 2 補装具 3 柔道整復 4 針灸・マッサージ 5 高額(個人) 6 高額(世帯)※ 7 海外療養費 8 その他()	
※6 高額(世帯)の場合、上記以外の受診者()		

入院・外来 1 入院 ② 外来 診療等を受けた期間 △△年 △月 △日～□□年 □月 □日

助成費は下記口座に振り込んでください。

振込先 金融機関名	足立 銀行 足立 支店	店番号	種別
	信用金庫 信用組合	0 0 1	① 普通 2 当座
口座番号		9 8 7 6 5 4 3	
口座名義(カタカナ)		アダチ ハナコ	

上記のとおり医療助成費の申請をします。なお、本申請に関し、健康保険組合・共済組合からの付加給付は一切ありません。後日、付加給付がなされた場合は、その相当額を返還することに異議のないことを申し添えます。なお支給決定に際し、申請内容について医療機関・健康保険組合・関係所管課に確認することに同意します。医療機関名・医療機関所在地については、別紙領収書のとおりです。

〇〇年 〇月 〇日

申請者(保護者)
住所 足立区中央本町1-17-1
氏名 足立 花子
電話 03(3880)5883

(提出先)足立区長

※太枠内を記入してください。消せるボールペンは使用しないでください。

※受診者ごと、負担者番号ごとで記入してください。

※振込日、助成額等の通知はいたしませんので、通帳記帳等でご確認ください。

《領収書について》

- 原本を添付してください。
- 受診者名、受診日、保険点数、領収額、医療機関名が記載されているもの。記載がない場合は、医療機関に依頼してください。
- 領収印欄があり、領収印がないものは無効です。

足立区記入欄

収受番号	
領収書	枚
受付	
審査	
確認	