

子ども医療助成費支給申請書(乳・子・青)

(提出先) 足立区長

医療証	負担者番号	8		1	3					保険資格	記号	
	受給者番号										番号	
	フリガナ										被保険者氏名	
	受給者氏名										保険者番号	
	生年月日	年 月 日									資格取得日	年 月 日
申請の種類		1 一般医科(入院・外来) 2 調剤 3 歯科 4 補装具 5 その他()										
診療等を受けた期間		年 月 日 から 年 月 日 まで										
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		番号				銀行 信用金庫 信用組合				支店 本店		
口座番号						種別				1. 普通 2. 当座		
口座名義(カタカナ) ※医療証記載の保護者												
上記のとおり、領収書を添えて子ども医療助成費の申請をします。 また、本申請に関して健康保険組合等からの付加給付はありません。付加給付があった場合は、相当額を返還します。 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及び本申請の記載事項について誤字、脱字などの軽微な訂正・補記を区役所職員が行うことに同意します。 令和 年 月 日 住所 _____ 申請者 氏名 _____ (医療証記載の保護者) 電話 () _____ ※日中連絡可能な電話番号をご記入ください。												

※太枠内を記入・確認してください。鉛筆や消せるボールペンは使用しないでください。

※他の公費負担医療費助成制度(小児慢性等)を受給している場合には、受給者証及び月額管理票の写しを添付して下さい。

高額療養費	該当年月	年	月	金額	円
科目	診療期間	日数	点数	割合	助成金額
医科入院	年 月 日 ~ 年 月 日	日	点	割	円
医科外来	年 月 日 ~ 年 月 日	日	点	割	円
調剤	年 月 日 ~ 年 月 日	日	点	割	円
歯科	年 月 日 ~ 年 月 日	日	点	割	円
補装具	年 月 日 ~ 年 月 日	日	点	割	円
その他	年 月 日 ~ 年 月 日	日	点	割	円
付加給付	無 有 (円)				△ 円
支給決定金額					円

※添付書類(領収書等の他に必要なもの)をご確認ください。

本人確認書類(マイナンバーカード、免許証等)の 必須
預金通帳の写し(表紙・見開き1ページ目)
★初回申請または今までと変わる方
限度額認定証の写し(該当の場合のみ)
小児慢性等の受給者証・月額管理票の写し(該当の場合のみ)

受付番号	
領収書	枚
受付	/
審査	/
点検	/

↑添付したら☑

★本人確認書類として健康保険証の写しを提出する際は、記号・番号・保険者番号にマスキングしてください。

窓口来庁者	本人確認：免・番・保・通・キャ・その他 ()	確認日： / /
(本・配・)	保険変更： 有・無・変更届渡 口座変更 有・無	確認者： ()

記入例

子ども医療助成費支給申請書(乳・子・青)

(提出先) 足立区 長									
医療証	負担者番号	8		1	3				
	受給者番号	医療証を参照してください。							
フリガナ									
受給者氏名		受診されたお子様の名前							
生年月日		年 月 日							
保険資格	記号								
	番号								
	被保険者氏名	お子様の健康保険証を参照してください。							
	保険者番号								
資格取得日		年 月 日							
申請の種類		1 一般医科(入院・外来) 2 調剤 3 歯科 4 補装具 5 その他()							
診療等を受けた期間		年 月 日 から 年 月 日 まで							
助成費は、下		金融機関・支店コードがわかれば、記入をお願いします。(不明な場合は、空欄で結構です。) ※ゆうちょ銀行の場合、支店に漢数字3桁の「店名」を、口座番号に7桁の数字をご記入ください。							
振込先 金融機関名	信用金庫		番号		信用組合		番号		本店
	口座番号		種別		1. 普通 2. 当座				
口座名義(カタカナ) ※医療証記載の保護者		医療証記載の保護者の口座名義をカタカナでご記入ください。							
上記のとおり、領収書を添えて子ども医療助成費の申請をします。 また、本申請に関して健康保険組合等からの付加給付はありません。付加給付があった場合は、相当額を返還します。 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及び本申請の記載事項について誤字、脱字などの軽微な訂正・補記を区役所職員が行うことに同意します。 令和 年 月 日 住所 申請者 氏名 医療証記載の保護者の氏名 (医療証記載の保護者) 電話 () ※日中連絡可能な電話番号をご記入ください。									

※太枠内を記入・確認してください。鉛筆や消せるボールペンは使用しないでください。
※他の公費負担医療費助成制度(小児慢性等)を受給している場合には、受給者証及び月額管理票の写しを添付して下さい。

高	※太枠内のみ記入してください。医療機関に記入してもらうところはありません。									
医療入院	年	月	日	～	年	月	日	口	点	割
子ども医療費助成の払い戻し申請について										
・子ども医療助成費支給申請書に領収書の原本を添付し、郵送または窓口にて申請してください。 郵送遅延・不着等は責任を負いかねます。										
・領収書については、受診者氏名・保険点数・診療年月日・医療機関名・領収額が記載されているものを添付してください。記載されていない場合は、医療機関にて記載してもらってください。										
・申請後1～2ヶ月で指定口座に振り込みます。(月末の翌月23日頃の支払い)。ただし、振込日等の通知はいたしませんので、通帳記入等でご確認ください。										
※・内容に不備等があった場合は、ご連絡を差し上げたり、書類を一旦お返しの場合がありますので、あらかじめご了承ください。										
・健康保険の適用とならない部分は助成の対象となりませんので、医療機関へ支払っている額と助成額が異なる場合があります。										
送付先 〒120-8510 足立区中央本町1-17-1 足立区役所 親子支援課 子ども医療費給付係 宛 問い合わせ先 電話:3880-5923(直通) E-mail:oyakoshien@city.adachi.tokyo.jp										
★										

窓口来庁者 (本・配)	本人確認: 免・番・保・通・キャ・その他 ()	確認日: / /
	保険変更: 有・無・変更届渡	口座変更 有・無
		確認者: ()