

子ども医療助成費支給申請書（乳・子）

（提出先）足立区長

医療証	負担者番号	8	8	1	3					健康保険証	記号								
	受給者番号										番号								
フリガナ										健康保険証	保険者番号								
受給者氏名											被保険者氏名								
生年月日												平成・令和	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												平成・令和	年	月	日から	平成・令和	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		銀行						支店											
		信用金庫						本店											
口座番号		番号						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																			
<p>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に同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所 _____</p> <p>申請者 氏名 _____</p> <p>(医療証記載の保護者) 電話 ( ) _____</p> <p style="text-align: center;">※日中連絡可能な電話番号をご記入ください。</p>																			

※太枠内を記入・確認してください。



※スタンプ印以外の印鑑(朱肉を使うもの)を押してください。

高額療養費A 科目	非該当	※該当の場合のみ記入する。										
	該当	該当年月	年	月	日	金額	円					
		診療期間				日数	点数	割合	助成金額			
一般医科		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B	無	有 ( 円 )									△	円
支給決定額											円	

受付印

收受番号	
領収書	枚

受付	/
審査	/
点検	/

子ども医療助成費支給申請書（乳・子）

（提出先）足立区長

お子様の健康保険証を参照してください。

ゆづり銀行の場合、支店に漢数字3桁の「店名」を、口座番号に7桁の数字を「記入ください。」

医療証記載の保護者の2ヶ所押印してください。（スタンプ印不可）

医療証	負担者番号	8 8 1 3 〇 〇 〇 〇	健康保険証	記号	〇 〇 〇 〇
	受給者番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇		番号	△ △ △ △
	フリガナ	アダチ 〇〇ロウ		保険者番号	× × × × × × ×
	受給者氏名	足立 〇郎		被保険者氏名	足立 〇男
	生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日			
	申請の種類	① 一般医科(入院 〇 外来 〇) 2 調剤 3 歯科 4 補装具 5 その他 ( )			
	診療等を受けた期間	〇〇年〇〇月 〇〇日から 〇〇年〇〇月 〇〇日まで			
	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	〇〇 銀行 信用金庫 信用組合	△△△ 支店		
	口座番号	× × × × × × × ×	種別	① 普通 2. 当座	
	口座名義(カタカナ)	アダチ 〇〇オ			
	<small>※医療証記載の保護者</small> 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。 かつ、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。				
	申請者(医療証記載の保護者)	住所 足立区〇〇1-1-1	氏名 足立 〇男	電話 ××(××××) ××××	
	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 <small>※日中連絡可能な電話番号をご記入ください。</small>				

医療証を参照してください。

受診されたお子様のお名前

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。)

医療証記載の保護者の氏名

※太枠内を記入・確認してください。訂正した場合は、必ず訂正印を押してください。

※太枠内のみ記入してください。

高額療養費A	非該当		※該当の場合のみ記入する。				金額	円
	該当	該当年月	年	月	日			
科目		診療期間	日数	点数	割合	助成金額		
一般医科	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B	無	有 ( )				△	円	
支給決定額								円

受付印

收受番号  
領収書 枚

※医療機関で記入してもらうところはありません。

子ども医療助成費の払い戻し請求について

- 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、書類を一旦お返す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と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 児童給付係 宛  
 問い合わせ先 電話：3880-6492（直通） E-mail：oyakoshien@city.adachi.tokyo.jp