

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					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	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	銀行				信用金庫			支店			
	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									
<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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>令和 年 月 日 住所 _____</p> <p>申請者 氏名 _____</p> <p>(医療証記載の保護者) 電話 ( ) _____</p> <p>※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。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		円
医科外来	年 月 日 ~ 年 月 日	日	点	割	円		円
調剤	年 月 日 ~ 年 月 日	日	点	割	円		円
歯科	年 月 日 ~ 年 月 日	日	点	割	円		円
補装具	年 月 日 ~ 年 月 日	日	点	割	円		円
その他	年 月 日 ~ 年 月 日	日	点	割	円		円
付加給付	無 有 ( )				△		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(健康保険証、免許証等)の写し	必須
預金通帳の写し(表紙・見開き1ページ目)	
受給者(子ども)の健康保険証の写し	
★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					記号		
	受給者番号	医療証を参照してください。							健康保険証	番号	
フリガナ								健康保険証	保険者番号	お子様の健康保険証を参照してください。	
受給者氏名	受診されたお子様の名前								被保険者氏名		
生年月日	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	番号			信用金庫 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。										
<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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>令和 年 月 日 住所 _____</p> <p>申請者 氏名 <b>医療証記載の保護者の氏名</b></p> <p>(医療証記載の保護者) 電話 ( ) _____</p> <p>※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。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	日	口	点	制	円
<h3>子ども医療費助成の払い戻し申請について</h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>領収書については、<u>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。</u>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。</li> <li>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。</li> <li>※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。</li> <li>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。</li> </ul> <p>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</p>												
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: ( )			