

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)					
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。					
年 月 日					
申請者(保護者)					
住所 _____					
氏名 _____ 印					
電話 _____ () _____					
(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。



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。

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

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 (H) 15 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 30年 4月 1日 ~ 30年 4月 30日

助成費は下記口座に振り込んでください。

申請者の口座

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	本店	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。

令和 2年 5月 1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、負担者番号ごとに記入してください。
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。

足立

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。

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。

2ヶ所押印してください

領収書	枚
受付	
審査	
確認	