第5号様式（第12条関係）

台東区子ども医療費助成 医療助成費支給申請書

（※領収書の原本を添付してください。）

記入例

子ども医療証の番号

※ 太枠の中のみ、ご記入ください。該当事項を○で囲んでください。

※児童ごとにご記入ください。

医療証	負担者番号	8	8	1	3	0	0	0	0	支給決定額 ※区職員が記入 円
	受給者番号	3	0	0	0	0	0	0		

加入保険の状況	被保険者証等記号・番号	記号 台さくら	番号 100	被保険者氏名	台東一郎（保護者）
	子ども 氏名	台東二郎（子ども）		子ども資格取得年月日	平成○○年○月○日
	保険者名称	・○○○ ・全国健康保険協会	国保 国民健康保険組合 (健康保険組合) 共済組合 支部	保険者番号	2125

診療報酬明細書

診療期間	区分	病院等の名称 ※医療機関ごとに記入	領収書枚数 ※医療機関ごとに記入	申請の種類		医療費の内訳 ※区職員が記入 医療費総額	総保険点数(日数)	負担額(申請額)
自 5・3・2 至 ・3・4	(外来) 入院 食事代	△△病院	3枚	(1) 一般 2 歯科 3 薬剤 4 看護	5 移送 6 補装具 7 食事代 8 その他			円
自 5・3・2 至 ・3・4	(外来) 入院 食事代	○○薬局	1枚	1 一般 2 歯科 (3) 薬剤 4 看護	5 移送 6 補装具 7 食事代 8 その他	ここは、記入しないでください。		円
自 ・ ・ 至 ・ ・	外来 入院 食事代	病院ごとに記入	枚	1 一般 2 歯科 3 薬剤 4 看護	5 移送 6 補装具 7 食事代 8 その他			円
自 ・ ・ 至 ・ ・	外来 入院 食事代		枚	1 一般 2 歯科 3 薬剤 4 看護	5 移送 6 補装具 7 食事代 8 その他	円	点(日)	円

申請の理由	1 医療証発行前の受診 (2)都外受診 3 医療証を取り扱っていなかった 4 その他 食事代・補装具・( )

振込先金融機関（医療証記載の保護者名義）	ぱんだ	(銀行) 信用金庫 信用組合	上野 支店	種別 (1) 普通 2 当座	口座番号 1 2 3 4 5 6 7
			（店番号 111）		口座名義人（カナシメイ） タイトウ イチロウ

医療証に記入されている保護者等の口座

上記のとおり医療助成費の支給を申請します。

令和 6年 4月 1日

殿

保護者等（医療証記載の保護者等氏名）

住所 台東区台東○−○−○−○○○ ○○マンション

氏名 台東 一郎

電話番号 (5246)○○○○

医療証に記入されている保護者等の署名

捨印

台東 台東

※㊞は朱肉で押す印鑑でお願いします。

朱肉で押す印鑑

処理欄	（ / / 生・認 / / 認・子認・転入・その他）