

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。)

受付

※ 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。

医療証	負担者番号									支給決定額 ※区職員が記入	
	受給者番号										
加入保険の状況	被保険者証等 記号・番号	記号	番号			被保険者氏名					
	子ども 氏名				子ども資格 取得年月日			年 月 日			
	保険者名称	<small>国保 国民健康保険組合 健康保険組合 共済組合 支部</small> ・全国健康保険協会			保険者番号						

※児童ごとに記入ください。

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 . . . 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
	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
	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
	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いかった 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)

銀行 信用金庫 信用組合 支店 (店番号)

種別 口座番号

1 普通 口座名義人(カナシメイ)

2 当座

上記のとおり、医療助成費の支給を申請します。

年 月 日

台東区長 殿

保護者等

(医療証記載の保護者等氏名)

住所 台東区

氏名

電話番号 ()

捨印

㊤

※㊤は朱肉で押す印鑑をお願いします。

処理欄 (/ / 生・認 / / 認・子認・転入・その他)