

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	8	8	1	3							支給決定額 ※区職員が記入	円
	受給者番号												
健康保険証	被保険者証 記号・番号	記号		番号								被保険者氏名	
	児童 氏名									児童資格 取得年月日	年 月 日		
	保険者名称	国保 国民健康保険組合 健康保険組合 共済組合								保険者番号			
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						
	自 年 月 日	外 来院 入 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	医療費総額	総保険点 数(日数)	負担額 (申請額)	円	点(日)	円	
	至 . .						円	点(日)	円				
	自 . .	外 来院 入 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				
	至 . .						円	点(日)	円				
	自 . .	外 来院 入 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				
	至 . .						円	点(日)	円				
	自 . .	外 来院 入 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				
至 . .						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)		銀行 信用金庫 信用組合 (店番号)			支店	種別	口座番号						
						1 普通							
						2 当座	口座名義人(カナシメイ)						
上記のとおり、医療助成費の支給を申請します。													
台東区長 殿													
保護者 (医療証記載の 保護者氏名)		住所 台東区											
氏名		氏名 (印)											
電話番号		電話番号 () (印)											

※児童ごとに記入ください。

捨印

※印は朱肉で押す印鑑をお願いします。

処理欄	(H / / 生・認 H / / 認・子認・転入)
-----	-----------------------------