

※領収書の原本を必ず添付してください
※児童ごとにご記入ください。

※太枠の中を記入してください。

医療証情報	負担者番号									支給決定額 ※記入しないこと	
	受給者番号										
	子どもの氏名									子どもの生年月日	年 月 日生
高額療養費・付加給付	医療費が50,000円以上の場合 (1枚の領収書あたりの額)				高額療養費に該当				あり ・ なし		※ご加入の保険組合に該当の有無を確認の上、記入してください。
	医療費が20,000円以上の場合 (1枚の領収書あたりの額)				付加給付に該当				あり ・ なし		
	※高額療養費・付加給付とは、医療費が高額の際に加入保険から支給される給付金です。該当の有無により区から助成される金額が異なりますので、必ずご確認ください。 ※上記で高額療養費・付加給付のいずれかに「あり」を選択された場合は、加入保険からの支給額決定通知書も併せてご提出ください。										
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・()			
振込先口座 (医療証に記載の保護者等)		☐ ←台東区から児童手当を受けている方で、同じ振込口座をご希望の方は☑を入れてください。その場合、下記金融機関欄の記入は不要です。 ※子ども医療証に記載の保護者等と児童手当の受給者が同一の場合のみ									
金融機関	銀 行 支店 信用金庫 信用組合 (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。 また、保険診療に係る医療機関・保険点数・支給金額等について台東区が保険者に照会し、情報提供を受けることに同意します。											
年 月 日											
台 東 区 長 殿											
申請者 (医療証に記載の保護者等)				住 所 台東区							
氏 名				電話番号							

処 理 欄 ※記入しないこと	受付職員			医療機関(病院)領収書	枚
	領収書原本確認			薬局領収書	枚
	領収書返却希望	有 ・ 無		補装具領収書	枚
	(/ / 生 ・ 認 / / 乳認 ・ 子認 ・ 責認 ・ 他 ・ 転入 ・ 転出)				