

台東区子ども医療費助成
医療助成費支給申請書

受付

※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。

医療証情報	負担者番号	8	8	1	3	0	0	0	0	医療証の番号			
	受給者番号	1	2	3	4	5	6	7		支給決定額	※記入しないこと		
	子どもの氏名	台東 太郎							子どもの生年月日	○年 △月 ×日			
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。 ※子ども医療証記載の保護者の口座が同一の場合のみ											
金融機関	ぱんだ	銀行 信用金庫 信用組合	上野 支店	(店番号 123)	種別	口座番号							
					① 普通	1234567							
					2 当座	口座名義人(カナシメイ) タイトウ イチロウ							
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 住所 台東区 東上野4-5-6													
(医療証に記載の保護者等) 氏名 台東 一郎													
電話番号 090-1234-5678													

※太枠の中を記入してください。

処理欄	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
	※記入しないこと (/ / 生・認 / / 乳認・子認・青認・他・転入・転出)				