

医療助成費支給申請書

国立市長 殿

次のおり、
 こども医療費助成制度 の医療助成費の支給を申請します。
 ひとり親家庭等医療費助成制度

申請日	年	月	日
-----	---	---	---

フリガナ		住所	携帯電話 - - (父・母)										
申請者氏名 (医療証記載の保護者)			医療証	負担者番号									
フリガナ		受診者氏名		受給者番号									
生年月日	年	月	日	保険確認	<input type="checkbox"/> 証明書確認 <input type="checkbox"/> マイナ <input type="checkbox"/> 変更あり (<input type="checkbox"/> 変更届)								

助成費は下記の口座に振り込んでください

下記手当と同一口座 左記口座以外を指定 (※医療証に記載された保護者名義の口座に限る)

<input type="checkbox"/> 児童手当 <input type="checkbox"/> 児童育成手当 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当	銀行	支店	口座名義 (カタカナ)										
	信用金庫	出張所		口座番号									
	信用組合	支店			コード								
	農業協同組合												

※太枠内をご記入ください。 他医療助成や保険の付加給付がある場合には申し出てください。

◎ 職員記入欄 乳 (都・市) 子 (都・市) 青 (都・市) 親 (課税・非課税・償還払)

レ No.	1 医科 2 歯科 3 調剤 4 補装具 5 他					医療費	食事代	自己負担額	助成額
	種類	入院・外来	診療年月	点数	円				
		入院・外来	年 月	点	円	× 回 円	円	円	円
		入院・外来	年 月	点	円	× 回 円	円	円	円
		入院・外来	年 月	点	円	× 回 円	円	円	円
		入院・外来	年 月	点	円	× 回 円	円	円	円
		入院・外来	年 月	点	円	× 回 円	円	円	円
		入院・外来	年 月	点	円	× 回 円	円	円	円
		入院・外来	年 月	点	円	× 回 円	円	円	円
領収書 枚		合計		点	円	円	円	円	円

◎ 添付書類 本申請書と併せてご提出ください。

	領収書	健康保険組合の 支給決定通知書	医師の作成指示書 または診断書
1 都外受診・医療証提示なし	原本	-	-
2 治療用補装具・治療用メガネ等	コピー可	原本	コピー可
3 10割負担	コピー可	原本	-
4 入院医療費・入院時食事療養費	原本	-	-

※領収書は返却できません。自己負担額がある領収書を確定申告等で使用する場合には申し出てください。

※いずれも診療明細・調剤明細は不要です。

※申請期限は、領収書の領収日の翌日から5年以内です。補装具等の購入や10割負担された場合には、先に加入健康保険へ保険給付分の請求(2年以内)を行い、支給決定通知書を受け取ってください。