

別記様式第5号(子ども 第8条関係)
 別記様式第6号(ひとり親家庭等 第20条関係)

☐ 子 ど も 医 療 助 成 費 支 給 申 請 書
☐ ひとり親家庭等

負担者番号										対象者氏名								
受給者番号										生年月日	年 月 日							
健康保険	記号			番号			保 險 者 名											
							国民健康保険(組合) 健康保険組合・共済組合 支部(全国健康保険協会)											
申請の種類 (複数該当可)	1 一般 2 歯科 3 薬剤 4 看護 5 移送 6 補装具 7 その他()																	
入院・外来の別 (複数該当可)	1 外来 2 入院																	
診療を受けた期間 (入院を含む。)	年 月 日 から 年 月 日 まで																	
申請金額	円								領収書枚数		枚							
振込先 金融機関	銀行 信用金庫 信用組合										支店 出張所		支店番号			預金種別	1 普通 2 当座	
	口座番号									口座名義			(フリガナ)					

文京区国保・給付状況の確認に同意し、上記のとおり、医療助成費の支給を申請します。

年 月 日

文京区長 殿

住所 文京区

電話 ()

氏 名

(口座名義人)

- (注意) 1 領収書を添付してください。負担割合が10割の場合は保険未適用または保険対象外です。保険未適用の場合は先に加入する健康保険組合等で手続きを行い、発行された療養費の支給決定に係る通知書(文京区国民健康保険の方は不要)を添えて申請してください。保険対象外の場合は助成することができません。
- 2 申請者氏名欄には口座名義人を記入してください。
- 3 償還払いを受けた分は、医療費控除できませんので、ご注意ください。

【事務処理欄】

受付印

支給決定金額	円
--------	---