第5号様式(第12条関係)

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。）

記入例

子ども医療証の番号

※ 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	0	0	0	0	支給決定額 ※区職員が記入
	受給者番号	3	0	0	0	0	0	0		ここは、何も記入しないでください。 円

健康保険証	被保険者証 記号・番号	記号 ○○○○ 番号 ○○○○	被保険者氏名	台東　一郎（保護者）
	児童 氏名	台東　二郎（子）	児童資格取得年月日	保険証の認定・加入年月日
	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	○○○○○○○

※児童ごとにご記入ください。

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 医療費総額	総保険点数(日数)	負担額(申請額)
	自 30・1・1 至 30・1・8	外来 入院 食事代	△△病院	3 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	ここは、何も記入しないでください。 円		円
	自 30・1・1 至 30・1・8	外来 入院 食事代	○○薬局	3 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		円
	自 至			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		円
	自 ・ ・ 至 ・ ・	外来 入院 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

医療機関ごとに記入

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）	ぱんだ 銀行 信用金庫 信用組合 上野 支店 (店番号 ○○○)	種別 1 普通 2 当座	口座番号 1 2 3 4 5 6 7
			口座名義人(カナシメイ) タイトウ　イチロウ

医療証記載の保護者名義

上記のとおり、医療助成費の支給を申請します。

○○ 年　○○月　○○日

台東区長　殿

保護者（医療証記載の保護者氏名）

住所　台東区　台東1－1－1－101　台東マンション

氏名　台　東　一　郎　台東

電話番号　03(5643)1234

医療証に記載されている保護者の方

捨印

台東

※㊞は朱肉で押す印鑑でお願いします。

朱肉で押す印鑑

処理欄	(H　/　/　生・認　H　/　/　認・子認・転入)