

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。)

受付

--

※ 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			支給決定額 ※区職員が記入			
	受給者番号								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			
	児童	氏名					児童資格 取得年月日	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					
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				
	自	外 来 入 院 食 事 代		枚	1 一般	5 移送	円	点(日)	円		
	至				2 歯科	6 補装具					
	自	外 来 入 院 食 事 代		枚	3 薬剤	7 食事代	円	点(日)	円		
	至				4 看護	8 その他					
	自	外 来 入 院 食 事 代		枚	1 一般	5 移送	円	点(日)	円		
	至				2 歯科	6 補装具					
	自	外 来 入 院 食 事 代		枚	3 薬剤	7 食事代	円	点(日)	円		
	至				4 看護	8 その他					
	自	外 来 入 院 食 事 代		枚	1 一般	5 移送	円	点(日)	円		
	至				2 歯科	6 補装具					
	自	外 来 入 院 食 事 代		枚	3 薬剤	7 食事代	円	点(日)	円		
	至				4 看護	8 その他					
	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)		銀行 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。											
年 月 日											
台東区長 殿											
		保護者		住所		台東区					
		(医療証記載の 保護者氏名)		氏名		Ⓡ					
				電話番号		()					

※児童ごとに記入ください。

捨印

--

※Ⓡは朱肉で押す印鑑でお願いします。

処理欄	(H / / 生・認 H / / 認・子認・転入)
-----	-----------------------------