

子ども医療・ひとり親家庭等医療助成費支給申請書

書き方 見本

受診された方の健康保険証を見ながらご記入ください。

保険者名称・番号は、健康保険証の下部に記載してあります。

記載内容を確認しますので、健康保険証の提示(郵送の場合はコピー添付)をお願いします。

該当する入院・外来の別に○をつけてください。

他の医療助成の有無をご記入ください。

一部負担金の上限額を確認しますので、医療証・医療券の提示(郵送の場合はコピー添付)をお願いします。

振込口座名義人は、
①乳幼児医療証、子ども医療証の保護者欄の方
②ひとり親家庭等医療証の表紙の方に限ります。

記載内容を確認しますので、預金通帳またはキャッシュカードの提示(郵送の場合はコピー添付)をお願いします。

申請の内容についてお問い合わせをすることがありますので、日中の連絡先を必ずご記入ください。

負担者番号	8	8	1	3	2	2	2	0
受給者番号	4	0	1	2	3	4	5	
受診者フリガナ	カツシカ ヨウコ							
受診者氏名	葛 飾 幼 子							
受診者生年月日	令和 2 年 1 月 1 日							
受診者の健康保険証被保険者氏名	葛 飾 太 郎							
受診者の健康保険証記号	22-△△	番号	1234					
受診者の健康保険証資格取得年月日	令和 2 年 1 月 1 日							
受診者の健康保険証保険者番号	138222							
受診者の健康保険証保険者名称	葛 飾 区 国 保 国民健康保険組合 健康保険組合 共 済 組 合 支 部							
医療の種類(複数可)	1. 一般 2. 歯科 3. 薬剤 4. はりた 5. 補装具・メガネ 6. その他()							
領収書の内容	1. 入院のみ 2. 外来のみ 3. 入院と外来							
診療病院等名称(複数可)	かつしか区総合病院 領収書 合計 6 枚							
診療期間	令和 2 年 11 月 25 日から 令和 3 年 5 月 18 日まで							
他医療助成の有無	なし・あり (ありの場合は下記より選択)							
	<ul style="list-style-type: none"> ●自立支援医療(更生・育成・精神・重度かつ継続) ●マル都医療証(小児慢性・特定疾病) ●日本スポーツ振興センター法給付 ●その他() ●マル障医療証 ●限度額適用認定証 							
助成費は下記の口座に振り込んでください。								
保護者振込金融機関	〇〇〇 銀行 信用金庫 信用組合 農 協 △△ 本店 出張所							
保護者振込銀行コード	〇	〇	〇	〇	支店番号	△	△	△
保護者振込普通預金口座番号	1	2	3	4	5	6	7	
保護者振込イギニン	カツシカ タロウ (カタカナで記入)							
医療証に記載の“保護者”に限ります。								
上記のとおり、子ども医療・ひとり親家庭等医療助成費の支給を申請します。支給決定に際し、受給者負担内容について医療機関・健康保険および税務課、学務課、保育課から情報の提供を受けることに同意します。								
葛飾区長あて 令和 4 年 6 月 4 日 〒124-0012 住 所 葛飾区 立石1-1-1-403 かつしかマンション第一								
保護者氏名 葛 飾 太 郎								
日中連絡可能な電話番号をご記入ください。								
日中の連絡先 携帯・自宅・職場 090 (〇〇〇〇)△△△△								
転出先住所								

乳幼児、子ども、ひとり親家庭等医療証を見ながら負担者番号・受給者番号をご記入ください。

記載内容を確認しますので、医療証の提示(郵送の場合はコピー添付)をお願いします。

該当する医療の種類に○をつけてください。(複数可)
*内科などは「1. 一般」、薬局は「3. 薬剤」

受診した病院等の名称を1か所ご記入ください。受診先が複数ある場合は、左記のように1か所医療機関を記入し、合計枚数を入れてください。

領収書が複数ある場合は、一番古い日付の受診日から、一番新しい日付の受診日をご記入ください。

申請できる保護者の方は、
①乳幼児医療証、子ども医療証の保護者欄の方
②ひとり親家庭等医療証の表紙の方

記入もれがないか、添付書類が揃っているかご確認のうえご申請ください。

葛飾区から転出した方、または転出予定の方は、転出先の住所をご記入ください。