

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)

該当するものにチェックしてください

子 ど も  
 ひとり親家庭等

医療助成費支給申請書

① 負担者番号	8 0 0 0 0 0 0 0	③ 対象者氏名	文京 花子		
② 受給者番号	1 2 3 4 5 6 7	④ 生年月日	0000 年 0 月 0 日		
⑤ 健康保険	記号	番号	保 険 者 名		
	00	0000	文京区 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)		
⑥ 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( )				
⑥ 入院・外来の別 (複数該当可)	① 外来   ② 入院				
⑦ 診療を受けた期間 (入院を含む。)	2000 年 0 月 0 日 から 2000 年 0 月 0 日まで				
⑧ 申請金額	24,000 円		⑧ 領収書枚数	3 枚	
⑨ 振込先 金融機関	銀行 文京		信用金庫 春日	支店 出張所	支店番号 0 0 1
	信用組合		預金種別 ① 普通 2 当座		(フリガナ) <b>フンキョウ タロウ</b>
	口座 番号	1 2 3 4 5 6 7	口座 名義		
文京 太郎					

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。

2025 年 4 月 1 日

文京区長 殿

⑩

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
--------	---

## 記入例

※審査の結果、申請金額と支給決定金額が一致しない場合がありますので、あらかじめご了承ください。

### 医療証の記載事項を確認してください

①～④ 対象者(診療を受けた者)の医療証から転記してください。

### 健康保険情報の記載事項を確認してください

⑤ 対象者が加入する健康保険情報を記入してください。

### 領収書の記載事項を確認してください

⑥ 領収書の該当する診療種別にマルをつけてください(複数可)。治療用眼鏡を作成した場合は、「6 補装具」にマルをつけてください。

⑦ 医療助成費支給申請書に添付する領収書のうち、診療を受けた**最初の日**、**終わりの日**を記入してください。

※入院の場合は、入院期間も含みます。

※補装具の場合は、医師の指示書に記載された診断日を記入してください。

⑧ 申請金額：

【子ども医療助成費の場合】【ひとり親家庭等医療助成費(負担者番号：81137051)の場合】

領収書の負担金額(一部負担金)を記入してください。

領収書が複数枚ある場合は、負担金額(一部負担金)の合計金額を記入してください。

【ひとり親家庭等医療助成費(負担者番号：81136053)の場合】

領収書の**負担金額(一部負担金)の2/3**の金額(四捨五入)を記入してください。

徴収書が複数枚ある場合は、負担金額(一部負担金)の2/3の合計金額を記入してください。

### 振込先金融機関がわかるものを確認してください

⑨ 支給決定額をお振込みする金融機関を記入してください。

【子ども医療助成費の場合】  保護者(父または母)名義の口座  子ども名義の口座

【ひとり親家庭等医療助成費の場合】  受給者名義の口座

⑩ 口座名義人の住所・電話・氏名をご記入ください。 **※口座名義人の方が署名してください。**

### 提出するもの

※領収書は返却しません。必要な方はコピーをしてから原本を提出してください。

	支給申請書	領収書	支給決定通知書	医師の指示書等
医療証を使わずに受診した場合	○	原本	×	×
保険証と医療証を使わずに受診した場合	○	写し	原本	×
補装具(治療用眼鏡含む)を作成した場合	○	写し	原本	写し