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　□ひとり親家庭等　医療助成費支給申請書

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	保険者名
			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）

こちらは、口座名義人の自署でご記載ください。

（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