

受 付
担当者

子ども医療助成費支給申請書

支給決定額	円
-------	---

乳・子・青					
受給者番号			診療期間		
			年 月 日～ 日		
病院等の名称・所在地			別紙領収書参照により記入省略		
診療年月	請求	種類	日数 (回数)	点数	医療費請求額
/	入院・外来	医・歯・薬・補・食	日	点	円
/	入院・外来	医・歯・薬・補・食	日	点	円
/	入院・外来	医・歯・薬・補・食	日	点	円
/	入院・外来	医・歯・薬・補・食	日	点	円
/	入院・外来	医・歯・薬・補・食	日	点	円
合計			日	点	円

子どもの氏名		年 月 日 生
--------	--	---------

<input type="checkbox"/> 口座振替依頼書		助成費は下記の口座にお振込みください。									
金融機関名 支店名	銀行 信用金庫 信用組合	支店 出張所	支店 番号	普通預金 口座番号							
口座名義人 (カナ)											

同意申請事項： 豊島区国保・各健康保険の資格・給付状況の確認に同意し、上記のとおり、子どもの医療費助成制度の医療助成費の支給を申請します。

年 月 日

豊島区長

住所 豊島区

氏名

(医療証の保護者名)

電話

(日中連絡のつきやすい連絡先)

【事務処理欄】 ※申請者及び口座名義は、医療証記載の保護者となります。

<21,000円以上>

社保⇒80,100円以上（非該当⇒通常支払・該当）⇒高額該当・手続き説明（済・未）

豊島区国保⇒担当へ区分確認依頼（済【区分 】・未）⇒高額（非該当⇒通常支払・該当）

⇒国保手続き・支給保留説明（済・未）

その他国保・国保組合⇒保険者照会、支払保留説明（済・未）⇒[担当：]照会日 /

⇒高額（非該当・該当）

口座確認（見手・子・）

【記入例】

子ども医療助成費支給申請書

受付

支給決定額	円
-------	---



診療を受けたお子様の氏名、生年月日を記入

子どもの氏名	豊島 花子	令和〇年〇月〇日生
--------	-------	-----------

口座振替依頼書 助成費は下記の口座にお振込みください。

金融機関名 支店名	豊島	銀行 信用金庫 信用組合	池袋	支店 出張所	支店 番号	123	普通預金 口座番号	4	5	6	7	8	9	0
口座名義人 (カナ)	ト	シ	マ	タ	ロ	ウ								

同意申請事項 医療証に記載されている保護者名義の口座を記入 資格・給付状況の確認に同意し、上記のとおり、子どもの医療助成費の支給を申請 記入日 令和〇年〇月〇日

豊島区長 医療証に記載されている保護者の住所、氏名を記入 住所 豊島区南池袋2-45-1
氏名 豊島 太郎
(医療証の保護者名)
電話 03-3981-1417
(日中連絡のつきやすい連絡先)

【事務処理欄】 ※申請者及び口座名義は、医療証記載の保護者となります。
 <21,000円以上>
 社保⇒80,100円以上（非該当⇒通常支払・該当）⇒高額該当・手続き説明（済・未）
 豊島区国保⇒担当へ区分確認依頼（済【区分】・未）⇒高額（非該当⇒通常支払・該当）
 ⇒国保手続き・支給保留説明（済・未）
 その他国保・国保組合⇒保険者照会、支払保留説明（済・未）⇒[担当：]照会日 /
 ⇒高額（非該当・該当）

口座確認（見手・子・）