

※ 郵送事故防止のため、郵送申請は原則受け付けておりません。
太枠内をご記入の上、窓口までお持ち下さい。

乳幼児・子ども・高校生等 医療助成費支給申請書

対象の子ども	氏名				生年月日				受給者番号			
					年 月 日							
加入保険	記号	番号			被保険者氏名							
	保険者番号				資格取得日				年 月 日			
他の医療費助成の有無		無 ・ 有 () ※有の場合は、医療証等の写しを添付										
申請の理由	1. 医療証発行前の受診だった				4. 都外国保・都外国保組合の保険に加入のため							
	2. 医療証を持参しなかった				5. 補装具等の購入							
	3. 都外又は当制度の対象外の医療機関だった				6. その他 ()							
振込先金融機関 (医療証の保護者名義)	銀行 信用金庫 信用組合				店		1 普通	コード				
	口座番号 (右詰め)				フリガナ		2 当座	店番				
				名義								
年 月 日												
荒川区長 殿 乳幼児・子ども・高校生等医療助成費として上記のとおり申請します。 なお、口座内容に変更が生じた場合には、荒川区が金融機関へ口座情報を確認することに同意します。 申請者 (医療証の保護者等) 住 所 氏 名 電話番号 () - (父・母・その他)												

※事務処理欄

(受付者: _____ 領収書枚数 _____ 枚)

支給決定額合計

受付印

1	医療機関名								診療年月		年	月
	コード								1 入院 2 外来	日 ~ 日		
	診療科目	1 医科		2 歯科		3 調剤		4 補装具		5 柔整		6 その他
	領収書枚数	枚				支給決定額				円		
2	医療機関名								診療年月		年	月
	コード								1 入院 2 外来	日 ~ 日		
	診療科目	1 医科		2 歯科		3 調剤		4 補装具		5 柔整		6 その他
	領収書枚数	枚				支給決定額				円		

小計 _____ 円

3	医療機関名								診療年月	年	月
	コード								1 入院 2 外来	日 ~ 日	
	診療科目	1 医科	2 歯科	3 調剤	4 補装具	5 柔整	6 その他				
	領収書枚数	枚			支給決定額			円			
4	医療機関名								診療年月	年	月
	コード								1 入院 2 外来	日 ~ 日	
	診療科目	1 医科	2 歯科	3 調剤	4 補装具	5 柔整	6 その他				
	領収書枚数	枚			支給決定額			円			
5	医療機関名								診療年月	年	月
	コード								1 入院 2 外来	日 ~ 日	
	診療科目	1 医科	2 歯科	3 調剤	4 補装具	5 柔整	6 その他				
	領収書枚数	枚			支給決定額			円			
6	医療機関名								診療年月	年	月
	コード								1 入院 2 外来	日 ~ 日	
	診療科目	1 医科	2 歯科	3 調剤	4 補装具	5 柔整	6 その他				
	領収書枚数	枚			支給決定額			円			
7	医療機関名								診療年月	年	月
	コード								1 入院 2 外来	日 ~ 日	
	診療科目	1 医科	2 歯科	3 調剤	4 補装具	5 柔整	6 その他				
	領収書枚数	枚			支給決定額			円			
8	医療機関名								診療年月	年	月
	コード								1 入院 2 外来	日 ~ 日	
	診療科目	1 医科	2 歯科	3 調剤	4 補装具	5 柔整	6 その他				
	領収書枚数	枚			支給決定額			円			
9	医療機関名								診療年月	年	月
	コード								1 入院 2 外来	日 ~ 日	
	診療科目	1 医科	2 歯科	3 調剤	4 補装具	5 柔整	6 その他				
	領収書枚数	枚			支給決定額			円			
10	医療機関名								診療年月	年	月
	コード								1 入院 2 外来	日 ~ 日	
	診療科目	1 医科	2 歯科	3 調剤	4 補装具	5 柔整	6 その他				
	領収書枚数	枚			支給決定額			円			

小計

円