

※太枠内を記入してください。

# 子ども医療・ひとり親家庭等医療助成費支給申請書

健保申請 済 メガネ・返・外

負担者番号	8	1	3	2	2	
受給者番号						
受診者	フリガナ					
	氏名					
受診者の健康保険証	生年月日	年 月 日				
	被保険者氏名					
受診者の健康保険証	記号	番号				
	資格取得年月日	年 月 日				
	保険者番号			葛飾区国民健康保険組合		
	保険者名称	全国健康保険協会		葛飾区国民健康保険組合 共済組合 支部		
医療の種類(複数可)	1. 一般 2. 歯科 3. 薬剤 4. はり灸 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)						領収書 合計 枚
診療期間	年 月 日から					年 月 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"> <li>●自立支援医療(更生・育成・精神・重度かつ継続)</li> <li>●マル都医療証(小児慢性・特定疾病)</li> <li>●日本スポーツ振興センター法給付</li> <li>●その他( )</li> <li>●マル障医療証</li> <li>●限度額適用認定証</li> </ul>						
助成費は下記の口座に振り込んでください。						
保護者振込口座	金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 農協				本店出張所
	銀行コード			支店番号		
	普通	口座番号				
	メイギニン (カタカナで記入)					
医療証に記載の“保護者”に限ります。						
<p>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・保険者および税務課、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。</p> <p>葛飾区長あて 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p>住所 葛飾区</p> <p>保護者氏名</p> <p>日中連絡可能な電話番号をご記入ください。</p> <p>日中の連絡先 携帯・自宅・職場 ( )</p>						
転出先住所						

乳子親						
課税・非課税						
国保・社保		入( )・外( )				
1	入院・外来	診療年月				
受給者負担金		一部				
日数( )		金額				
2	入院・外来	診療年月				
受給者負担金		一部				
日数( )		金額				
3	入院・外来	診療年月				
受給者負担金		一部				
日数( )		金額				
4	入院・外来	診療年月				
受給者負担金		一部				
日数( )		金額				
5	入院・外来	診療年月				
受給者負担金		一部				
日数( )		金額				
6	入院・外来	診療年月				
受給者負担金		一部				
日数( )		金額				
7	入院・外来	診療年月				
受給者負担金		一部				
日数( )		金額				
8	入院・外来	診療年月				
受給者負担金		一部				
日数( )		金額				
支給決定金額						

年 月	年 月	年 月
対象医療費	対象医療費	対象医療費
健保給付額	健保給付額	健保給付額
助成額	助成額	助成額

受付印	資格取得(喪失)日
	出生・転入・転出・年
	10. 1 ~
	4. 1 ~
~	3. 31
~	