

子ども医療助成費支給申請書

受付印

保険点数	
保険医療費総額	
保険者負担額(△)	
自己負担額	
高額療養費(△)	
他法及び付加給付額(△)	
差引支給額	
食事療養費 日分	
件数	食事療養費 食分
	合計支給額

受付番号								
	/	()	決定入力	/				

フリガナ 子ども氏名								
生年月日	年	月	日	医療証 番号				
申請の種類	1 一般 (医科 歯科 調剤) 2 補装具 3 食事療養費 4 その他 ()							
入院・外来	入院 ・ 外来							
診療期間	年 月 日 ~ 年 月 日 計 日							
病院等の名称・所在地	名称 所在地 他 件							
申請理由	1 医療証未提示 2 補装具 3 食事療養費 4 契約機関外 5 都外受診 6 他県国保 7 その他 ()							
支給申請額	円							
加入保険	保険の種類	全国健康保険協会(協会けんぽ)・健保組合・日雇・船員・共済・渋谷区国保・国保組合						
	被保険者氏名				子どもとの続柄	父	母	他
	記号・番号	記号		番号	(枝番)			
	保険者名	名称		番号				

支給額は、下記の口座に振り込んでください。

(※医療証に記載されている保護者の名前で申請し、その方の口座を指定してください。)

振込先 金融機関	銀行 信用金庫 信用組合	支店	1 普通 2 当座	口座 番号						
銀行・支店コード										
口座名義人 カナ氏名										

上記のとおり、子ども医療助成費の支給を申請します。

渋谷区長殿

年 月 日

申請者 住所 _____
(保護者) 氏名 _____
電話 () _____

※実線(太線)内を記入してください。
 ※申請書・領収書(レシート不可)の2点を提出してください。
 ※郵送の場合は、お子さんの健康保険証(おもて面)のコピーも提出してください。