

子ども医療助成費支給申請書

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	
食事療養費 食分	
合計支給額	

記入例

受付印

件数	
合計支給額	

受付番号

/ () 決定入力 /

フリガナ	シバヤ サクラ								
子ども氏名	渋谷 さくら								
生年月日	令和3年2月1日								
申請の種類	1 一般 (内科 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	令和3年4月1日 ~ 令和3年5月5日 計7日								
病院等の名称・所在地	名称 ○○○病院 所在地 ○○県○○市○○1-2-3 他2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	1,260 円								
加入保険	<table border="1"> <tr><td>保険の種類</td><td>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</td></tr> <tr><td>被保険者氏名</td><td>渋谷 太郎 子どもの続柄 (父) 母 他</td></tr> <tr><td>記号・番号</td><td>記号 123 番号 4567 (枝番) 03</td></tr> <tr><td>保険者名</td><td>名称 ○○健康保険組合 番号 891023</td></tr> </table>	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	渋谷 太郎 子どもの続柄 (父) 母 他	記号・番号	記号 123 番号 4567 (枝番) 03	保険者名	名称 ○○健康保険組合 番号 891023
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	渋谷 太郎 子どもの続柄 (父) 母 他								
記号・番号	記号 123 番号 4567 (枝番) 03								
保険者名	名称 ○○健康保険組合 番号 891023								

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	1	2	3	4	5	6	7
銀行・支店コード	0001001										
口座名義人カナ氏名	シバヤ タロウ										

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

令和3年5月7日

申請者 住所 〒150-8010 渋谷区宇田川町1-1

(保護者) 氏名 渋谷 太郎

電話 080 (XXXX) XXXX

※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。