

乳 子 青 親 医療助成費支給申請書

一般受付番号				療養に要した費用			
負担者番号				保険者番号			
受給者番号				保険者名称			
フリガナ 受給者氏名				健康保険証の 記号・番号	(記号)	(番号)	
生年月日	年	月	日	被保険者氏名			
医療機関名							
医療証が 使用できな かった理由				療養・看護 を受けた期間	年	月	日 から 年 月 日 まで
支払方法	口座	種別	普通	銀行名	銀行 信用金庫 信用組合	支店名	支店 出張所
口座番号				フリガナ 口座名義人 (医療証の保護者名義)			
支給額決定通知書 送付先							

上記のとおり必要書類を添えて申請します。

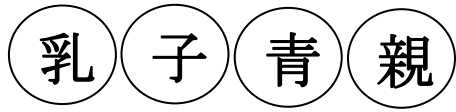
年 月 日

住 所

氏 名
(医療証の保護者氏名)

電 話 番 号

(宛先) 東京都板橋区長



医療助成費支給申請内訳書

受給者氏名	
-------	--

番号	医療機関名	診療区別	診療期間	金額	領収書枚数	備考
1		入院・外来 歯科・調剤	年 月 日から 年 月 日まで	円	枚	
2		入院・外来 歯科・調剤	年 月 日から 年 月 日まで	円	枚	
3		入院・外来 歯科・調剤	年 月 日から 年 月 日まで	円	枚	
4		入院・外来 歯科・調剤	年 月 日から 年 月 日まで	円	枚	
5		入院・外来 歯科・調剤	年 月 日から 年 月 日まで	円	枚	
6		入院・外来 歯科・調剤	年 月 日から 年 月 日まで	円	枚	
7		入院・外来 歯科・調剤	年 月 日から 年 月 日まで	円	枚	
8		入院・外来 歯科・調剤	年 月 日から 年 月 日まで	円	枚	
9		入院・外来 歯科・調剤	年 月 日から 年 月 日まで	円	枚	
10		入院・外来 歯科・調剤	年 月 日から 年 月 日まで	円	枚	
合計			件	円	枚	

<注意事項>

- *受給者(受診者)1人につき一枚、記入してください。
- *医療機関ごと、診療種別ごとにまとめて記入してください。
- *診療期間には、診療日の一番早い日付から一番遅い日付までを記入してください。
- *領収書の領収金額と枚数の合計を記入してください。
- *他の医療助成(小児慢性疾患、自立支援医療など)を受けている場合には、その受給者証のコピーと、自己負担上限額管理票のコピーを添付してください。
- *領収金額に、支給対象外の医療費や高額療養費支給分などが含まれていた場合、それを除いた金額を支給します。