

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	
食事療養費 食分	
合計支給額	

件数

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	8	8	1	3			
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	口座										
銀行・支店コード					2 当座	番号										
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、お子さんの保険証(おもて面)のコピーも提出してください。

子ども医療助成費支給申請書

記入例

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	
食事療養費 食分	
合計支給額	

件数

受付番号									
/ ()								決定入力	/

フリガナ	シブヤ サクラ											
子ども氏名	渋谷 さくら		医療証	8	8	1	3	2	1	3	9	
生年月日	令和元年4月1日		番号	6	6	6	6	6	6	6		
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					⑤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		他2件 ○○県○○市○○1-2-3							
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	保険の種類	全国健康保険協会(協会けんぽ)・⑤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					子どもとの続柄		⑤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	0	0	0	1	0	0	1						
口座名義人 カナ氏名	シ	ブ	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

〒150-8010

申請者 住所 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、お子さんの保険証(おもて面)のコピーも提出してください。