

子ども医療助成費支給申請書

受給者番号		年 月 日 受付
医療証有効期間	年 月 日 から	年 月 日 まで
診療を受けた期間	年 月 日 から	年 月 日 まで
子ども氏名	生年月日	年 月 日 生
振込先 金融機関	銀行 信用金庫 信用組合	
	コード	店番
	口座番号	名義 (カタカナ)
東京都北区長 殿		年 月 日
子ども医療助成費として上記のとおり請求します。		
申請者 (保護者)	住所 北区	丁目 番 号
氏名		
電話	-	-

※ 太枠の中を記入してください。

保険者番号

事務処理欄

期 間	. . ~ . .	日	受付番号	
医療機関	- -	医療機関名	備考	
診療科目	1医科 2歯科 3調剤 4補装具 5柔整 6マッサージ 7はり・灸 8看護 9その他			1入院 2外来
総医療費	自己負担金額	一部負担額	食事代	高額療養費 附加給付額 支給決定額
期 間	. . ~ . .	日	受付番号	
医療機関	- -	医療機関名	備考	
診療科目	1医科 2歯科 3調剤 4補装具 5柔整 6マッサージ 7はり・灸 8看護 9その他			1入院 2外来
総医療費	自己負担金額	一部負担金	食事代	高額療養費 附加給付額 支給決定額
			合 計 額	
受付 . . 担当	入力 . . 担当	確認 . . 担当		

お子様1人につき申請書1枚が
必要です。

子ども医療助成費支給申請書

医療証に記載の受給者番号を
記入してください。
(分からない場合は空欄可)

受給者番号	0	0	0	0	0	0	0	年	月	日	受付				
医療証有効期間	年						月	日	から	年			月	日	まで
診療を受けた期間	年						月	日	から	年			月	日	まで
子ども氏名	北 今太郎						生年月日	○年 ○月 ○日生							
振込先 金融機関	銀行 信用金庫 信用組合														
	コード	0	0	0	0	店番	0	0	0	1	普通	2	当座		
	口座番号	0	0	0	0	0	0	0	名義 (カタカナ)	キタ タロウ					
<p>(記入日) ○年 ○月 ○日</p> <p>医療証に記載の保護者様名義の口座を 記入してください。 とおり請求します。</p> <p>住所 北区 王子本町 △丁目 △番 △号</p> <p>氏名 北 太郎 (父)</p> <p>電話 080 - 0000 - 0000 (母)</p> <p>北区から児童手当を受給している方で、 児童手当と同じ口座を希望される方は、 「児童手当と同じ」の一文でも結構です。</p>															

※ 太枠の中を記入してください。

保険者番号

期 間	. . ~ . .	日	受付番号					
医 療 機 関	- -	医療機関名					備 考	
診 療 科 目	1医科 2歯科 3調剤 4補装具 5柔整 6マッサージ 7はり・灸 8看護 9その他							1入院 2外来
総 医 療 費	自己負担金額	一部負担額	食 事 代	高額療養費	附加給付額	支給決定額		
期 間	. . ~ . .	日	受付番号					
医 療 機 関	- -	医療機関名					備 考	
診 療 科 目	1医科 2歯科 3調剤 4補装具 5柔整 6マッサージ 7はり・灸 8看護 9その他							1入院 2外来
総 医 療 費	自己負担金額	一部負担金	食 事 代	高額療養費	附加給付額	支給決定額		
							合 計 額	
受付 . . 担当	入力 . . 担当		確認 . . 担当					