

子ども医療助成費支給申請兼請求書 1

練馬区長 殿

令和 年 月 日

今回請求する医療費に <input checked="" type="checkbox"/> をご記入ください。		<input type="checkbox"/> 乳 子 医療証分(乳幼児～小中学生)		<input type="checkbox"/> 青 医療証分(高校生等)	
保護者等 氏名 <small>※医療証に記載 の保護者等の方</small>	フリガナ	保護者等 住所	〒		
申請金額		領収書枚数 () 枚			
フリガナ			医療証 負担者番号 受給者番号		
子ども氏名 生年月日	平成・令和 年 月 日				
医療機関 (薬局含)	他件		診療期間 (入院含)	平成・令和 年 月 日 ～平成・令和 年 月 日	
確認事項	・保育園・幼稚園・学校管理下でのケガ・疾病である。(いいえ・はい) ※学校等管理下での負傷・疾病で、日本スポーツ振興センターの災害共済給付の対象となる医療費は、子ども医療助成費の対象外です(学校等への申請が必要です)。重複して医療費が支給された場合には返還していただきます。				
健康保険	記号	番号	健康保険名		
			国民健康保険(組合) 健康保険組合・共済組合 支部(全国健康保険協会)		

上記のとおり医療助成費を申請し、下記決定金額を請求します。

なお、支給決定金額は、下記の口座に振り込んでください。

振込先金融機関	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 農協			<input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所	
金融機関コード/店番号					
口座番号					
預金種別	普通				
フリガナ					
口座名義 <small>※医療証に記載の保護者等 の方の名義に限ります</small>					

【区処理欄】

上記申請の医療助成費を下記のとおり決定する。

受付印

支給決定金額					
支給決定年月日	令和	年	月	日	
支給決定通知年月日	令和	年	月	日	

通院日数 <small>(マル書のみ)</small>	
	日

子育て支援課長

