

## 子ども医療助成費支給申請書

【記入例】

子ども氏名	目黒 花子	受給者番号	0 0 0 0 0 0 0
生年月日	令和 3年 7月 1日	申請日 令和 ○年 ×月 △日	
下記のとおり、子ども医療助成費の支給を申請します。 なお、支給決定後は下記の口座に振り込んでください。 目黒区長 宛て （保護者等）			
目黒区上目黒 2丁目 19番 15号 電話 03 ( 3715 ) 1111		医療証 負担号 受給者番号 氏名 生年月日 住所 保護者氏名 有効期間	
申請理由 2 当制度対象外の施設等(都外の病院等)だった。 4 都外の国保・国保組合のため医療証の交付を受けていない。		目黒 太郎	
保険の種類 国保・国組 <b>組合</b> 日雇・船員・共済・協会		振込先金融機関(医療証の保護者等名義) 目黒 <b>銀行</b> 上目黒 信用金庫 信用組合	
口座番号	0 0 0 0 0 0 0	口座名義人(カナ氏名)	メグロ タロウ

日中に連絡の取れる、医療証の保護者等の電話番号を記入してください。

お子さんの加入している健康保険組合等の種類について、該当するものに○をつけてください。

医療証に記載のある保護者等名義の振込先口座を記入してください。ゆうちょ銀行の場合も必ず支店名を記入してください。

↑上記の大枠内をご記入ください

領収書には次の項目の記載が必要です。

①受診者の氏名 ②受診年月日 ③領収金額 ④保険診療点数 ⑤医療機関の所在地・名称・電話番号

注1)上記の項目が記載されていないものは不可です。  
 注2)領収書に「領収印がないものは無効」と記載がある場合は、領収印が必要です。

\*領収書はのり付け不要です。

年月	補装具・その他( )	円	(食)	外来
年月	一般・歯科・薬剤・食事療	~保育園・幼稚園・学校等でのケガ等には 医療証は使えません~		
年月	補装具・その他( )	*日本スポーツ振興センターの災害共済給付制度の対象となる傷病は、子ども医療費助成制度の対象外となります。		
年月	補装具	*災害共済給付金を申請し、自己負担分(2割または3割分)とお見舞金(1割分)をお受け取りください。		
年月	補装具・その他( )	*すでに医療証を使用した分については、災害共済給付金の支給後、目黒区に自己負担分をご返還ください。		
受付方法	総合庁舎・郵便	受付日	入力日	(受付者)