

記入例

(注) 太線の中のみ記入してください。

(関係)

児童医療費助成金支給申請書

(宛先) 大田区長

「保護者」と「振込先口座の名義」は医療証に記載された保護者の氏名です。

次のとおり、児童医療費助成金を申請します。

医療証の受給者番号を記入してください。

受給者番号	7 7 7 7 7 7 7	申請日	令和〇年 10月 1日	
保 護 者	住所	大田区蒲田5-13-14	フリガナ	オオタ ハナコ
	電話番号	03 (5744) 1275	氏名	大田 花子
	氏名	大田 太郎	生年月日	令和元年 5月 1日
	受診者との続柄 (父)		有効期限	元年10月 1日~2年 9月30日
加入保険		保険の種類	協会健保	
		保険者番号	06543210	
振込先口座 (登録済の場合のみ)	窓口または郵送で申請書を取り寄せた場合、 前回の振込先口座が印字されています。			
振込先口座 (上記保護者本人の普通預金口座に限る)	大田 銀行・信金・信組	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	
	蒲田 支店 出張所 (No.123)	口座名義 (カナ)	オオタ タロウ	
種別	1 入院 2 外来		子育て支援課 受付印押印欄	
診療科目	1 内科 2 歯科 3 調剤 4 補装具 5 看護 6 食事療養費 7 その他			
申請期間	令和〇年 8月 1日 から 令和〇年 8月 15日 まで			
名称	大田クリニック 他 3枚			
理由	1 医療証交付前の診療分だった。 2 医療証を持参しなかった。 3 都外又は当制度の対象外の医療機関だった。 4 その他			

日中の連絡先を記入してください。

窓口または郵送で申請書を取り寄せた場合、
前回の振込先口座が印字されています。

領収書が複数ある場合は、一番古い受診日から一番新しい受診日まで、補装具等を作製の場合は、医療機関の医師の診断日を記入してください。病院名は代表で一つだけ記入し、領収書の合計枚数を記入してください。

【 1 申請方法 】

- ① 窓口申請の場合は、該当する添付書類に加え、お子さんの保険証と医療証を持参してください。
- ② 郵送申請の場合は、該当する添付書類に加え、お子さんの保険証と医療証のコピーを同封してください。

【 2 添付書類 】

- ① 医療証を使用せず、3割 (2割) 支払った場合、入院時の食事代を支払った場合
領収書 (原本) ※「請求書」ではなく「領収書」が必要です。
- ② 保険証を使用せず、全額 (10割) 支払った場合
領収書 (コピー可) + 療養費支給決定通知書 (原本)
- ③ 補装具・小児弱視用の治療用眼鏡等を作った場合
領収書 (コピー可) + 療養費支給決定通知書 (原本) + 医師の診断書等 (コピー可)
- ④ 高額療養費に該当した場合
領収書 (原本) + 療養費支給決定通知書 (原本) + 限度額適用認定証 (コピー)
※お持ちの方のみ

【 3 申請時の注意点 】

- ① 原則、領収書原本の返却、コピーのお渡しはできません。
※払い戻し対象外 (保険適用外) の医療費が含まれる領収書については、区の検印を押印のうえ、原本を返却することができます。医療費控除等で返却を希望する場合は、申請書欄外にその旨ご記入ください。
郵送申請で返却希望の方は、返信料 (郵便切手) 付の返信用封筒を同封してください。
- ② 大田区への申請期限は、領収日の翌日から5年以内です。
※ただし、上記2の②~④の申請をする場合は、先にお子さんの加入健康保険に保険診療分等の請求を行い、療養費支給決定通知書をもってください。健康保険の申請期限が過ぎ、保険診療とならない場合は、区からの払戻しも受けられませんのでご注意ください。
- ③ 郵送事故等、責任を負えませんので、配達記録郵便等のご利用をお勧めします。