

記入例

子ども医療費支給申請書

受診したお子様の受給者番号(医療証に記載)・氏名・生年月日をご記入ください。

記入不要

振込先の口座情報を記入してください。
※医療証に記載されている保護者様名義の口座に限りです。

該当する領収書がある場合は、健康保険組合に確認のうえ、高額療養費の該当の有無について☑を入れてください。高額療養費に該当する場合は、該当する所得区分に丸をつけてください。

申請日、申請者の住所、氏名、電話番号を記入してください。
※申請者は医療証に記載されている保護者様になります。

受給者番号							氏名				生年月日															
1	2	3	4	5	6	7	品川 花子				2025年4月1日															
医療機関名							別紙領収書のとおり																			
医療種別							01 一般		02 歯科		03 調剤		04 看護		05 補装具		06 柔道整復		07 その他()							
入院外来別							1 入院							2 外来												
診療年月日							年 月 日 ~							年 月 日												
実 日 数														日												
支給申請額														円												
医 療 費														円												
医 療 点 数														点												
食事療養費														円												
薬剤負担金														円												
助成決定額														円												
育 成 区 分																										
振込先 金融機関名							コード		1	1	1	1	店番		1	1	1	口座番号		1	2	3	4	5	6	7
							品川		銀行		品川		本店		普通		口座名義(医療証の保護者名義をカタカナで記入)									
							信用金庫		信用組合		支店		出張所		シナガワ タロウ											
子どもすこやか医療費助成制度の助成費を申請します。 なお助成額は、上記の口座に振り込みください。																										
品川区長 あて																										
※ 1医療機関あたりの自己負担額が80,000円以上の領収書がある場合、下記の事項についてチェックしてください。																										
該当する所得区分に丸を付けてください。 【 ア ・ イ ・ <u>ウ</u> ・ エ ・ オ 】																										
☒ 高額療養費に該当する。(健康保険組合に確認済。)																										
☐ 高額療養費に該当しない。(健康保険組合に確認済。)																										
住 所 品川区広町2-1-36																										
氏 名 品川 太郎 (医療証の保護者氏名)																										
電 話 03 - 5742 - 9174																										
保険証確認					医療証確認					窓口担当者					審 査											