

子ども医療費支給申請書

受給者番号						氏名								生年月日						
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			店番			普通	口座番号											
		銀行			本店				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			支店															
		信用組合			出張所															
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 ・ ウ ・ 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 氏 名 (医療証の保護者氏名) 電 話 年 月 日																				

保険証確認		医療証確認		窓口担当者		審 査	
-------	--	-------	--	-------	--	-----	--