

記入例

- 親**ひとり親家庭等医療費助成制度 支給申請書
 乳**子****青**乳幼児・義務教育就学児・高校生等医療費助成制度

医療証の負担者番号, 受給者番号を記入する。
親と児童では受給者番号が異なる。

支給決 診療等を受けた方の氏名, 生年月日を記入する。
3名分まで同じ申請書に記入可能。

負担者番号	8	1	1	3	6	3	1	9	フリガナ	チョウフ イチロウ
受給者番号	1	7	1	0	1	2	3		対象者氏名	調布 一郎
									生年月日	平成〇年〇月〇日
負担者番号	8	1	1	3	6	3	1	9	フリガナ	チョウフ カズコ
受給者番号	1	7	1	2	5	2	8		対象者氏名	調布 和子
									生年月日	平成〇年〇月〇日
負担者番号									フリガナ	
									対象者氏名	
受給									生年月日	年 月 日

診療等を受けた方が加入している保険証の
被保険者氏名, 保険者番号を記入する。

被保険者氏名	調布 花子							保険者番号	0	6	1	3	0	0	0	0
--------	-------	--	--	--	--	--	--	-------	---	---	---	---	---	---	---	---

申請の種類	1	一般	2	歯科	3	薬剤	4	訪問看護	添付する領収書の枚数を記入する。
入院・入院外の別	1 入院								2
診療を受けた期間	令和〇年〇月〇日から 令和〇年〇月〇日まで (領収書 2枚)								
申請の理由	1 医療証が届く前の診療 2 医療証を持参しなかった 3 都外の病院の診療								

申請の種類：内科・整形外科など歯科以外の医療機関の受診は「1一般」、局は「3薬剤」を選択する。
診療を受けた期間：提出する領収書に記載された診療日(受診日)を記入する。
領収書が複数の場合は、上記日付の一番古い日付と一番新しい日付を記入する。

振込先 金融機関 (コード)	〇〇 信金 信組	〇〇 支店	1 普通	フリガナ	チョウフ ハナコ
	0 0 0 2	1 2 3	2 当座	口座名義人	調布 花子

申請日を記入する。 令和〇年〇月〇日

受給者名義の金融機関の振込先を記入する。
金融機関コードは不明の場合記入不要。

調布市長 宛

住所 調布市小島町1-1-1 〇〇マンション101

電話番号 (父・母) 自宅 090 (1234) 5678

氏名 調布 花子

受給者の住所, 電話番号, 氏名を記入する。

- (注意) 1 太枠内を記入してください。
2 領収書(原本)を添えて申請してください。なお、保険で付加給付のある場合は申し出てください。
3 振込口座の名義人は、児童の保護者またはその配偶者に限ります。