

※ 郵送事故防止のため、郵送申請は原則受け付けておりません。

太枠内をご記入の上、窓口までお持ち下さい。

乳幼児・子ども・高校生等 医療助成費支給申請書

対象の 子ども	氏 名			生年月日			受給者番号											
	荒 川 太 郎			令和5年3月1日			2	3	4	5	6	7	8					
加入保険	記号	12		番号	3456		被保険者氏名			荒 川 一 郎								
	保険者番号		0	6	1	2	3	4	5	6	資格取得日		令和5年3月1日					
他の医療費助成の有無														無 ・ 有 （ ） ※有の場合は、医療証等の写しを添付				
申請の 理 由	1. 医療証発行前の受診だった						4. 都外国保・都外国保組合の保険に加入のため											
	2. 医療証を持参しなかった						5. 補装具等											
3. 都外又は当制度の対象外の医療機関だった														6. その他				
振込先 金融機関 (医療証の 保護者名義)	ゆうちょ		銀行		信用金庫		一九八		店		1 普 通		コード		9	9	0	0
					信用組合						2 当 座		店 番			1	9	8
	口座番号 (右詰め)		0	1	2	3	4	5	6	フリガナ		アラカワ イチロウ						
									名 義		荒 川 一 郎 ※							
荒川区長 殿														※ 医療証の保護者等以外の方名 義の口座への振込はできません		××年 ×月 ××日		
乳幼児・子ども・高校生等医療助成費として上記のとおり申請します。																		
なお、口座内容に変更が生じた場合には、荒川区が金融機関へ口座情報を確認することに同意します。																		
申請者（医療証の保護者等）																		
住 所 荒川区荒川2-2-3-106																		
氏 名 荒 川 一 郎 ※																		
電話番号 (090) 1234-5678 (父・母・その他)																		
日中連絡のとれる番号を記入してください																		

※事務処理欄

受付印

(受付)

＜ゆうちょ銀行への振込希望の場合の注意＞

通帳の「記号・番号」では振込みができません。「振込用の店名・口座番号」が必要です。

通帳の表紙裏の「記号・番号」記載ページの下のページ、オレンジ色の帯のところに「振込用の店名・口座番号」の印字があります。その番号を記入してください。(印字なしの場合、郵便局の窓口で印字してもらえます)

印字例… 【店名】一九八 (読み イチキユウハチ)

【店番】198【預金種目】普通預金【口座番号】0123456

年 月

～ 日

6 その他

円

2

医療機関名

診療年月

年 月

コ ー ド

1 入院 2 外来

日 ～ 日

診 療 科 目

1 医科

2 歯科

3 調剤

4 補装具

5 柔整

6 その他

領収書枚数

枚

支給決定額

円

小計

円