

受付	入力	確認
----	----	----

受付印

記入例

子ども
ひとり親家庭等

医療助成費支給申請書

氏名(患者名)	江東 花子		生年月日(西暦)	2020年4月1日						
振込先 金融機関	銀行	支店	預金種別	普通預金						
	信用金庫	出張所	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	信用組合		口座名義 カタカナでご記入ください ※お子様と同居している保護者名義に限ります ※姓と名の間はスペース開けてください							
金融機関コード	店番号	1 2 3 4 1 2 3 コ ウ ト ウ タ ロ ウ								
医療助成費の支給を申請します。なお、医療費は指定の口座に振り込んでください。										
西暦 2025年4月1日										
江東区長殿										
住所 江東区 東陽 4-11-28										
電話 090 (1234) 5678										
保護者氏名 江東 太郎										

事務処理欄

受給者番号		資格取得日	/ /	(~ / /)
-------	--	-------	-----	-----------

事務連絡	<input type="checkbox"/> 証明書	<input type="checkbox"/> 高額療養費(適用済・未確認・無)	<input type="checkbox"/> 付加給付金なし	<input type="checkbox"/> 負担割合(無・1割)
------	------------------------------	---	----------------------------------	-------------------------------------

保護者区分(父・母・他) 本人確認(個・免・パ・在・保・他)

代理者確認(氏名:) 受給者との関係: 代理権確認(戸・委・保・医・他) 身元確認(個・免・パ・在・保・他)

	適用額(円)	入院区分	請求種類	診療期間
1				~
2				~
3				~
4				~
5				~
6				~
7				~
8				~
9				~
10				~