

親

1 領収書原本（受診者名、診療日、医療機関名、保険点数、保険診療金額が記載されたもの）の添付が必要です。

2 領収書原本は原則返却できません。必要な場合は、事前にコピーをお取りください。

※保険診療適用外の自己負担額があり、領収書原本返却希望の場合は、この申請書左側余白に「原本返却希望」とご記入ください。なお、保険診療適用外の自己負担額がなく、全額助成対象（負担者番号『81137325』）の場合、領収書原本は返却できないことをご了承ください。

3 保護者の氏名は医療証に記載されている保護者であり、振込先名義と同一となります。

負担者番号	8	1	1	3					加入健康保険	被保険者 (世帯主)								
受給者番号										記号				番号				
フリガナ 受診者氏名										保険者	番号							
生年月日	平成 令和	年		月		日		名称										
申請の種類	1.医科 2.歯科 3.調剤 4.看護 5.移送 6.補装具 7.その他（ ）								診療等を受けた期間	年 月 日から 年 月 日まで （領収書枚数 枚）								
入院外来の別	1.入院 2.外来								支給申請額	円								
振込先	1.児童手当と同じ口座 2.前回と同じ口座 3.それ以外の口座（下記に記載） （公務員の場合選択不可） （医療証記載の保護者名義の口座に限ります）																	
振込先金融機関	銀行・信金・農協									支店出張所			普通・（ ）					
店番号	.....	.....	口座番号	.....	.....	.....	.....	.....	名義(カカナ)	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....		

★保険診療以外の医療費・入院時の食事療養費は、医療費助成の対象外です。

★一部負担金が自己上限額を超えている場合や、高額療養費に該当する場合は1ヶ月分の領収書をまとめてご申請下さい。

連絡先 ()

--	--