

ひとり親家庭等医療助成費支給申請書

受付年月日

(あて先) 港区長

記入例

受給者番号	6	5	4	3	2	1	0	フリガナ 氏名	ミナト ハナコ 港 花子	(2 年 1 月 1 日生)	
診療等の年月	○をつつけてください	診療区分	1: 医科 (小児科・内科・外科・眼科・耳鼻科等医療一般)	2: 歯科	3: 調剤	4: 看護	5: 移送	6: 補装具	7: その他	病院・診療所等名称	診療区分が同じでも受給者が異なる場合は別の枠に記入してください。
元年 4 月	入院 外来	3	港区歯科医院							港 太郎	同月に同じ診療区分で複数の病院を受診した場合には、代表の病院名一つを記入してください。
元年 4 月	入院 外来	3	港区歯科医院							港 花子	
元年 5 月	入院 外来	1	ミナト医院								同月に同じ病院で診療した場合でも、入院・外来・診療区分が異なる場合には、別の段に記入してください。
元年 5 月	入院 外来	3	ミナト薬局								
元年 6 月	入院 外来	1	ミナト総合病院							港 花子	
元年 6 月	入院 外来	1	ミナト総合病院							港 花子	
年 月	入院 外来										
年 月	入院 外来										
年 月	入院 外来										
年 月	入院 外来										

日付の古い順に「カ月」と記入してください

※ 受診年月、入院外来、診療区分、受診者氏名ごとに、「ひとつの枠内」に記入してください。

支給決定額 合計 (円)

金融機関コード	1	2	3	4	支店コード	1	2	3	フリガナ	ミナト ハナコ	
医療助成費振込先	港区				信用金庫 銀行 信用組合	港区			支店	口座名義	港 花子
普通預金口座番号	1	2	3	4	5	6	7				

令和 1 年 6 月 10 日

上記のとおり医療助成費の支給を申請します。

住所 港区 芝公園1 丁目 5 番 25-101 号

受給者氏名 港 花子 (印) TEL (3578) 2111

(注) 記名押印に代えて署名することができます。

1. 太枠の中に記入・押印の上、領収書(コピー不可)を添えて申請してください。なお、原則として領収書は、返却いたしません。
2. 受診者名、受診日、病院の電話番号が領収書に記載されていない場合、領収書空欄に記載をしてください。
3. 助成金の振込は、申請後 2ヶ月程度かかります。
4. 領収書に受診者名、受診年月日、保険点数等の記載がない場合、照会のため振込が遅れることがあります。

申請・問い合わせ 港区子ども家庭支援部子ども若者課子ども給付係

〒105-8511 東京都港区芝公園1-5-25 TEL 03 (3578) 2111 内線 2430~2433

【医療費の支給申請（請求）方法】

医療機関窓口で支払いをした後に、下記の必要書類を添付してください。

1 ひとり親医療証を使わずに受診した場合

- (1) 領収書の原本
- (2) 受給者の口座がわかるもの

* 1 保険組合から発行される支給決定通知書について
別途、保険組合への療養費の申請が必要です。
詳しくは、ご加入の保険組合にお問い合わせください。

2 保険証と医療証を使わずに受診した場合

- (1) 領収書の写し
- (2) 保険組合から発行される支給決定通知書*¹
- (3) 受給者の口座がわかるもの

3 補装具を作成した場合

- (1) 領収書の写し
- (2) 保険組合から発行される支給決定通知書*¹
- (3) 医師の意見書または診断書の写し*²
- (4) 受給者の口座が分かるもの

*¹*²領収書・医師の意見書または診断書について
保険組合に療養費を申請される際に、保険組合に原本を提出します。
必ず、コピーして保管をお願いします。

【添付書類の注意】

- ◎ 領収書には受給者氏名、受診年月日、領収金額、保険点数、医療機関名の記載が必要です。記入の無い場合には、発行元に必要事項の追記を依頼してください。
- ◎ 複数月分をまとめて申請いただけますが、受診日から半年以内にご請求ください。
- ◎ 医療助成費の対象は、健康保険が適用される医療です。保険診療外の医療費が含まれている場合は、当該金額を差し引いて支給します。

【提出先】

窓口^{に持参する場合}

各総合支所 区民課 保健福祉係

郵送の場合（ただし、郵便事故の責任は負いかねますのでご了承ください）

港区子ども家庭支援部子ども家庭課子ども給付係

〒105-8511 港区芝公園1-5-25

TEL3578-2111

内線 2430