

記入例

児童医療費助成金支給申請書

次のとおり、児童医療費助成金を申請します。

医療証の受給者番号を記入してください。

「保護者」と「振込先口座の名義」は
医療証に記載された保護者の氏名です。

受給者番号	7	7	7	7	7	7	7	申請日	令和○年10月1日
保 護 者	住所	大田区蒲田5-13-14						フリガナ	オオタ ハナコ
	電話番号	03(5744)1275						氏名	大田花子
	氏名	大田太郎						生年月日	令和元年5月1日
診 者	日中の連絡先を記入してください。							有効期限	元年10月1日～2年9月30日
								加入 保険	保険の種類
							保険者番号	06543210	

申請時点でマイナポータルに登録されている公金受取口座に入金を希望される方は、下欄記入不要です。
※公金受取口座とは、マイナポータル等で公金受取口座として登録された口座です。

振 込 先	☒ 振込口座を指定する（下欄記入）※保護者名義に限る ☐ 公金受取口座を利用する（下欄記入不要） ※ 公金受取口座とは、マイナポータル等で公金受取口座として登録された口座です。														
	大田							銀行・信金・信組・組合	蒲田						
	支店（支店番号：No.123）														
口座番号	1	2	3	4	5	6	7	口座名義（カナ）	オオタ タロウ						

領収書が複数ある場合は、一番古い受診日から一番新しい受診日まで、補装具等を作製の場合は、医療機関の医師の診断日を記入してください。
病院名は代表で一つだけ記入し、領収書の合計枚数を記入してください。

1 入院	2 外来
1 医科 2 歯科 3 調剤 4 補装具 5 看護 6 食事療養費 7 その他	
令和○年8月1日から令和○年8月15日まで	
大田クリニック 他	
3 枚	
1 医療証交付前の診療分だった。 2 医療証を持参しなかった。 3 都外又は当制度の対象外の医療機関だった。 4 その他	

子育て支援課
受付印押印欄

【1 申請方法】

- ① 窓口申請の場合は、該当する添付書類に加え、お子さんの医療証を持参してください。
- ② 郵送申請の場合は、該当する添付書類に加え、お子さんの医療証のコピーを同封してください。

【2 添付書類】

- ① 医療証を使用せず、3割（2割）支払った場合、入院時の食事代を支払った場合
領収書（原本） ※「請求書」ではなく「領収書」が必要です。
- ② 資格確認書等を使用せず、全額（10割）支払った場合
領収書（コピー可） + 療養費支給決定通知書（原本）
- ③ 補装具・小児弱視用の治療用眼鏡等を作った場合
領収書（コピー可） + 療養費支給決定通知書（原本） + 医師の診断書等（コピー可）
- ④ 高額療養費に該当した場合
領収書（原本） + 療養費支給決定通知書（原本） + 限度額適用認定証（コピー）
※健康保険組合に領収書原本を提出された方はコピー可 ※お持ちの方のみ

【3 申請時の注意点】

- ① 原則、領収書原本の返却、コピーのお渡しはできません。
※払い戻し対象外（保険適用外）の医療費が含まれる領収書については、区の検印を押印のうえ、原本を返却することができます。医療費控除等で返却を希望する場合は、申請書欄外にその旨ご記入ください。
郵送申請で返却希望の方は、返信料（郵便切手）付の返信用封筒を同封してください。
- ② 大田区への申請期限は、領収日の翌日から5年以内です。
※ただし、上記2の②～④の申請をする場合は、先にお子さんの加入健康保険に保険診療分等の請求を行い、療養費支給決定通知書をもってください。健康保険の申請期限が過ぎ、保険診療とならない場合は、区からの払戻しも受けられませんのでご注意ください。
- ③ 郵送事故等、責任を負えませんので、配達記録郵便等のご利用をお勧めします。