

医療助成費支給申請内訳書の記入の仕方

子どもの手当医療係使用欄
医療助成費支給決定日

申請書は、受診者ごとに（ひとり一枚）
ご記入ください

乳（子）親 医療助成費支給申請書 （一般・歯科・調剤・看護） 移送・補装具・その他

一般受付番号		療養に要した費用	
負担者番号	① 88132196	保険者番号	④ 06130000
受給者番号	② 1234567	保険者名称	⑤ いたばし連合健康保険組合
フリガナ	イタバシ コタロウ	健康保険記号番号	⑥ 123 456
受給者氏名	③ 板橋 子太郎	被保険者または世帯主の氏名	⑦ 板橋 親太
生年月日	令和●年 6 月 9 日	傷病名	
医療機関名	⑧ こどもクリニック <small>（ほか 2 件）</small>	発病または負傷年月日	
受給者証が使用できなかった理由	⑨ 都外で受診のため 治療用装具購入のため など	発病または負傷の原因	
療養・看護を受けた期間	令和●年 10 月 9 日から 令和▲年 6 月 30 日（12日間）	⑩	
支払方法	口座 種別 普通 銀行名 いろは 支店名 板橋 支店出張所		
*領収金額に、支給対象外の医療費や高額療養費支	1234567	フリガナ	イタバシ シンタ
支給額決定通知書送付先		口座名義人 (医療証の保護者名義)	⑪ 板橋 親太

受給者（受診者）の医療証

乳 医療証	
負担者番号	8 8 1 3 2 1 9 6 ①
受給者番号	1 2 3 4 5 6 7 ②
乳幼児氏名	板橋 子太郎 男 ③
生年月日	令和●年 6 月 9 日
住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都板橋区板橋△丁目△番△号
保護者氏名	板橋 親太 ⑪
有効期間	令和●年10月1日から 令和▲年9月30日まで

受給者（受診者）の健康保険証

健康保険 家族(被保険者)	
被保険者証 記号 123 番号 456	⑥
氏名	板橋 子太郎
生年月日	令和●年6月9日
資格取得年月日	令和●年6月9日
被保険者氏名	板橋 親太 ⑦
事業所所在地	板橋区板橋〇-〇-〇
事業所名称	株式会社 いたばし
保険者所在地	板橋区板橋△-△-△
保険者番号・名称	06130000 ④ いたばし連合健康保険組合 ⑤

- ①～③ 受給者（受診者）の医療証から転記してください。
- ④～⑦ 受給者（受診者）の健康保険証から転記してください。
※コピーを添付していただける場合は、記入不要です。
- ⑧ 受診した医療機関名を記入してください。
「ほか〇件」には申請書に記入した以外の医療機関の数を記入してください。
※補装具の場合は、診断書を発行した医療機関名を記入してください。
- ⑨ 受診した時、医療証が使用できなかった理由を記入してください。
- ⑩ 診療を受けた期間と受診した日数を記入してください。
※補装具の場合は、診断書の日付を記入してください。
- ⑪ 医療証に記載してある保護者名義の振込口座を記入してください。
- ⑫ 住所・医療証に記載してある保護者氏名・日中連絡のつく電話番号を記入してください。

上記のとおり必要書類を添えて申請します。

令和▲年 7 月 1 日

住所 ⑫ 板橋区板橋△-△-△

氏名 板橋 親太

(医療証の保護者氏名)

電話番号 XXXXX-XXXXX

(あて先) 東京都板橋区長

医療助成費支給申請内訳書の記入の仕方

乳 子 親 医療助成費支給申請内訳書

受給者氏名	① 板橋 子太郎
-------	----------

番号	医療機関名	診療種別	診療期間	金額	領収書枚数	備考
1	② どもクリニック	③-1 入院・外来 歯科・調剤	④ 令和●年10月9日から 令和●年12月20日まで	⑤ 1,240 円	⑥ 2 枚	
2	○△総合病院	③-2 入院・外来 歯科・調剤	令和▲年3月3日から 令和▲年3月6日まで	22,300 円	1 枚	
3	○△総合病院	入院・外来 歯科・調剤	令和▲年3月16日から 令和▲年6月30日まで	3,300 円	3 枚	
4	なかよし薬局	入院・外来 歯科・調剤	令和▲年3月16日から 令和▲年4月20日まで	2,550 円	3 枚	
5		入院・外来 歯科・調剤	年 月 日から 年 月 日まで	円	枚	
6		入院・外来 歯科・調剤	年 月 日から 年 月 日まで	円	枚	
7		入院・外来 歯科・調剤	年 月 日から 年 月 日まで	円	枚	
8		入院・外来 歯科・調剤	年 月 日から 年 月 日まで	円	枚	
9		入院・外来 歯科・調剤	年 月 日から 年 月 日まで	円	枚	
10		入院・外来 歯科・調剤	年 月 日から 年 月 日まで	円	枚	
合 計				⑦ 4 件	⑧ 29,390 円	⑨ 9 枚

<注意事項>

- * 受給者(受診者)1人につき一枚、記入してください。
- * 医療機関ごと、診療種別ごとにまとめて記入してください。
- * 診療期間には、診療日の一番早い日付から一番遅い日付までを記入してください。
- * 領収書の領収金額と枚数の合計を記入してください。
- * 他の医療助成(小児慢性疾患、自立支援医療など)を受けている場合には、その受給者証のコピーと、自己負担上限額管理票のコピーを添付してください。
- * 領収金額に、支給対象外の医療費や高額療養費支給分などが含まれていた場合、それを除いた金額を支給します。

1 同じ医療機関で、同じ診療種別(入院・外来など)の領収書は、1行にまとめて記入できます。

③-1 (外来)領収書 令和●年10月9日			
① 板橋 子太郎 様			
領収金額 930円 ⑤			
受診日: 令和●年10月9日 ④			
保険内	保険点数	保険外	金額
診察料	346	文書料	
投薬料	48	材料費	
その他	69	その他	
小 計	463	小 計	
負担金額	930		
埼玉県さいたま市△△1-2-3 ② どもクリニック tel:048-333-5555			

令和●年12月20日			
(外来)領収書			
板橋 子太郎 様			
領収金額 310円 ⑤			
受診日: 令和●年12月20日 ④			
保険内	保険点数	保険外	金額
診察料	108	文書料	
投薬料	48	材料費	
その他		その他	
小 計	156	小 計	
負担金額	310		
埼玉県さいたま市△△1-2-3 どもクリニック tel:048-333-5555			

2 同じ医療機関でも、異なる診療種別(入院・外来など)の領収書は、別の行に分けてご記入ください。

③-2 (入院)領収書 令和▲年3月6日					
板橋 子太郎 様					
神奈川県藤沢市○△1-1-1 ○△総合病院 TEL:0466(123)1234					
負担割合:20% 受診期間: 令和▲年3月3日~令和▲年3月6日					
診療費	診察料	投薬料	注射料	処置料	検査料
		4,410		4,550	
	入院料	その他	小 計	患者負担額	食事負担額
	90,840		99,800	19,960	2,340
自費	室料差額	文書料	その他	小 計	消費税額
保険点数: 9980点				領収額	22,300円

1 受給者(受診者)氏名を記入してください。

2 受診した医療機関名を記入してください。

③-1 ③-2
診療種別(入院・外来など)の該当するものにマルをつけてください。
補装具の場合は、記入不要です。

4 診療を受けた期間を記入してください。
補装具の場合は、診断書の日付を記入してください。

⑤ ⑥
領収金額の合計と領収書の枚数を記入してください。

⑦ ⑧ ⑨
件数、領収書の金額、枚数の合計を記入してください。

領収書の記載事項をよくご確認ください

- 原本ですか?
- 受給者(受診者)氏名は記載されていますか?
- 領収金額の記載はありますか?
- 保険総点数の記載はありますか?
- 入院・外来がわかりますか?
- 受診年月日の記載はありますか?
- 医療機関名・所在地・電話番号の記載はありますか?