

子ども医療費助成申請について

次の場合、医療機関から発行された領収書（受診者氏名、領収金額、診療年月日、保険点数等の記載されたもの。金額のみのレシートは受付できませんのでご注意ください）を添えて、助成申請をしてください。

- ・入院時に食事療養費を支払ったとき
- ・都外の医療機関などで診療を受けた時や、乳幼児医療証および子ども医療証の提示ができず、健康保険適用の自己負担分の医療費を支払ったとき
- ・医療証を取り扱わない医療機関等で受診したとき
- ・東京都外の国民健康保険及び国民健康保険組合に加入している方
- ・何らかの事情で医療費全額（10割）を支払い、その後、加入している健康保険組合等から療養費の支給を受けたとき（申請方法は別紙の注意事項をご確認ください。）



【記入例】

第5号様式(第8条関係)	
子ども医療費助成申請書	
支給決定額 * 円	
受給者番号	◇ ● △ ■ ◇ ● △ 生年月日 ○ 年 ○ 月 ○ 日 生
(フリガナ)	シンジュク ツツジ
氏名	新宿 つつじ
申請の種類	① 一般 ② 歯科 ③ 薬剤 ④ 食事療養費 ⑤ 柔道整復 ⑥ 補装具 ⑦ その他 ()
入院・外来の別	① 入院 ② 外来 ③ その他 ()
診療等を受けた期間	○ 年 ○ 月 から ○ 年 ○ 月 まで
申請種類等	領収書 ④ 枚 ③. 420 円
医療機関名	○○病院 △△調剤薬局
振込先	子ども医療費助成制度の申請(又は申請内容の変更の届出)時にご指定いただいた口座へ振り込みます。 ※振込先を変更したい場合には、別途乳幼児・子ども医療証申請内容変更届をご提出ください。
上記のとおり、医療費助成の申請をします。	
○ 年 ○ 月 ○ 日	
新宿区長宛て	⑥ 電話 03 (3209) 1111
住所	新宿区 歌舞伎町一丁目4番1号
申請者氏名(保護者)	新宿 けやき
受付印	
<small>(注意)</small> 1 *印欄は記入しないでください。 2 番号を付けてある欄は、該当の番号を○で囲んでください。 3 領収書及び医療機関で保険証の提示をしなかった場合は、先に保険組合等に届出後、発行された療養費支給決定通知書(新宿区国民健康保険の方は添付不要)を添えて申請してください。なお、保険で付加給付のある場合は申し出てください。	
<small>*以下は事務処理欄ですので記入しないでください。</small>	
計算	入力 確認 口座 認定番号

【記入にあたっての注意点】

- ① 対象児の受給者番号・氏名・生年月日を記入します。
- ② 該当する箇所には○をつけてください。
- ③ 受診月を記入します。
- ④ 添付する領収書の枚数・合計金額を記入します。
助成できる範囲は、健康保険適用分に限りま。
- ⑤ 受診された医療機関名をすべて記入します。
- ⑥ 申請者（保護者）の住所・電話番号・氏名及び申請日を記入します。

お問合せ先・・・
 新宿区 子ども家庭部
 子ども家庭課 子ども医療・手当係
 TEL 03-5273-4546【直通】
 FAX 03-3209-1145