

～ 申請書をご記入される前に一度ご確認ください ～

- ご申請される費用は、健康保険が適用された医療費等ですか？(例 ○負担割合 2割・3割 ×負担割合 10割)
 ※負担割合が10割の場合は保険未適用または保険対象外です。保険未適用の場合は先に各健康保険へ療養費の申請を済ませてください。保険対象外の場合は助成することができません。
- ご申請される領収書は原本ですか？また、領収印はありますか？
 ※各健康保険から発行された療養費の支給に係る決定通知書の原本をお持ちの方はコピー可

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)												
氏名												
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 ()											
診療を受けた期間	年 月 から 年 月 まで											
申請額等	領収書 枚 円											
医療機関名												
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・高校生等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	受付印 <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	
新宿区長宛て								電話 ()				
住所								新宿区				
申請者氏名(保護者)												
(注意) 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 領収書を添付してください。また、医療機関で電子資格確認等により被保険者又は被扶養者であることの確認を受けなかった場合は、加入する健康保険組合等で手続きを行い、発行された療養費の支給の決定に係る通知書(新宿区国民健康保険の方は不要)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。 4 申請者氏名欄には、保護者の氏名を記入してください。ただし、何人からも監護されていない等の事情により子ども本人が申請者となる場合は、子ども本人の氏名を記入してください。												