

# ひとり親家庭等医療助成費支給申請兼請求書 2

練馬区長 殿

令和 年 月 日

住所	〒 ー ー 練馬区		☎ ー ー ー	※日中連絡可能な電話番号をご記入下さい								
フリガナ												
受給者氏名												
申請金額							領収書枚数 ( )枚					
フリガナ												
対象者氏名	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日生	医療証	負担者番号	8	1	1	3				
				受給者番号								
医療機関 (薬局含)	他 件		診療期間 (入院含)	平成・令和 年 月 日 ～ 平成・令和 年 月 日								
健康保険	記号	番号	健康保険名									
			国保(組合)・健保組合・共済組合 支部(全国健康保険協会)									

当てはまるものに○を付けてください。「はい」または「ある」に○を付けた方は、具体的に記載してください。

- ①過去に同月診療分の申請をしていますか。 いいえ・はい ⇒ 年 月診療分 ( 年 月支給分)
- ②同月診療分の未申請の領収書は他にありますか。 ない・ある ⇒ 年 月診療分※ある方はまとめて申請してください。
- ③学校管理下でのケガ・疾病である(お子様の医療費を申請される場合にお答えください)。 いいえ・はい

上記のとおり、医療証を提示せず受診したため、ひとり親医療助成費を申請し、下記決定金額を請求します。  
なお、支給決定金額は下記の口座に振り込んでください。

振込先金融機関	銀行 信金				支店			
	信組 農協				出張所			
金融機関コード・店番号								
口座番号								
預金種別	① 普通							
フリガナ								
口座名義								

【区処理欄】

負担者番号		
～	～	～
0・1	0・1	0・1
一部負担金限度額内・超(外来・入院)		
高額療養費：区分		
該当・非該当・不明： / 確認		
↓		
限度額証 無・有		
支給額(限度額証以外)		
円		
少数・多数/世帯合算 有・無		

上記申請のひとり親医療助成費を下記のとおり決定する。

受付印

支給決定金額						
支給決定年月日	令和	年	月	日		
支給決定通知年月日	令和	年	月	日		

子育て支援課長

受付	担当確認
確認1	確認2

# 記入例

## ひとり親家庭等医療助成費支給申請兼請求書 2

**支給日は通知でお知らせします。  
審査に時間がかかり、申請の4か月後以降の支給  
となる場合もありますので、ご了承ください。**

令和 元 年 5 月 10 日

☎ 090-\*\*\*\*-\*\*\*\*

**※ 日中ご連絡が可能な電話番号  
ご記入ください**

練馬区 豊玉北6-12-1

フリガナ **ネリマ ハナコ**

受給者氏名 **練馬 花子**

申請金額 **¥16340**

領収書枚数 ( **5** ) 枚

フリガナ **ネリマ ハナコ**

対象者氏名 **練馬 花子**

生年月日 (昭和)平成・令和 **49**年 1 月 4 日 生まれ

医療証 負担者番号 **8 1 1 3**

受給者番号

**医療証の番号を  
記入してください**

医療機関 (薬局含) **ねりまクリニック**

診療期間 **平成・令和30**年 11 月 1 日

**30**年 11 月 25 日

健康保険

記号 **20-99 9999**

**練馬区**

国民健康保険(組合)  
健康保険組合・共済組合  
支部(全国健康保険協会)

**同じ診療月はまとめて  
翌月以降に申請してください。**

当てはまるものに○を付けてください。「はい」または「ある」に○を付けた方は、具体的に記載してください。

- ①過去に同月診療分の申請をしていますか。 **いいえ** はい ⇒ 年 月診療分 ( )
- ②同月診療分の未申請の領収書は他にありますか。 **ない** ある ⇒ 年 月診療分 **ある方はまとめて申請してください。**
- ③学校管理下でのケガ・疾病である(お子様の医療費を申請される場合にお答えください) **いいえ** はい

**質問事項にお答えください。**

**医療証記載の受給者の方を記入してください**

医療助成費を申請し、下記決定金額を請求します。

なお、支給決定金額は下記の口座に振り込んでください。

区処理欄

振込先金融機関	<b>ねりま</b> <small>銀行 信金 信組 農協</small>	<b>桜台</b> <small>支店 出張所</small>
金融機関コード/店番号	<b>空欄のままで結構です</b>	<b>店番号(3桁)記入</b>
口座番号	<b>1 2 3 4 5 6 7</b>	

**ゆうちょ銀行は、振込用の店番号(3桁)口座番号(7桁)をご指定ください**

フリガナ	<b>ネリマ</b>	<b>ハナコ</b>
口座名義	<b>練馬</b>	<b>花子</b>

負担者番号		
~	~	~
0・1	0・1	0・1
一部負担金限度額内・超(外来・入院)		
高額療養費：区分 <b>才</b>		
<b>該当</b>	非該当・不明	3/2 確認
限度額証 無・有		
支給額(限度額証以外)		
<b>34123</b>		円
少数・多数	世帯合算	有(無)

**区処理欄は記入しないでください**

受付	担当確認
<b>山田</b>	