『公費負担による医療費助成届』

＜記入例＞

平　成００年　０月００日提出

被保険者等の		被保険者氏名	公費受給対象者の住所（住民票届出）			
記号	００	(ﾌﾘｶﾞﾅ) ｹﾝﾎﾟ　ﾀﾛｳ	〒　000-0000			
番号	００００	健　保　　太　郎	○○都○○区○○町１－１			
公費受給対象者の氏名		(ﾌﾘｶﾞﾅ) ｹﾝﾎﾟ　ｲﾁﾛｳ 健　保　　一　郎	公費受給対象者の生年月日	昭・(平)　００年０月００日	続柄	長　男
交付された都道府県・市区町村		○　○　(都)・道・府・県／　○　○　市・(区)・町・村				
この届出書を提出する理由 （該当する箇所の番号を○で囲んでください。）		(1) 市区町村から新規に交付された 2 有効期限の更新・制度改正により交付された 3 転居により新規に交付された 4 対象年齢・転居により助成対象者から該当しなくなった 非該当日（平成　　年　　月　　日） 5 その他（　　）				
医療費助成内容について （該当する箇所の番号を○で囲んで必要事項をご記入ください。）		(1) 医療機関での窓口での支払いがない 2 医療機関での窓口での支払いがある A 受診１回につき通院　　円・月　　回まで 入院　　円（　　） B 後日、市区町村担当窓口へ請求する C その他（　　）				

＜医療証の両面コピーを貼付してください。＞

(乳) 医　療　証		
負担者番号		
受給者番号		
乳幼児	氏　名	男・女
	生年月日	平成　年　月　日生
保護者	住　所	〒○○○-○○○○ 《見本》
	氏　名	
有効期間		平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで

上記の者は、○○都○○区（市町村）乳幼児医療費の助成に関する条例により医療費の一部を○○区（市町村）が助成するものであることを証明する。

○○都○○区（市町村）長

○　○　○　○

交付年月日	平成　年　月　日

ご　注　意

1　この制度による診療をお受けになるときは、必ずこの証と被保険者証を一緒に、取扱病院、診療所、薬局（以下「病院等」という。）の窓口に提出してください。

2　入院の場合は入院時食事療養標準負担額をお支払いください。
　入院で高額療養費が支給される場合は、限度額適用認定証を提示してください。

3　この証は、都内のこの制度による診療を取り扱う病院等で受診するときにお使いください。
　都外の病院等では使えません。

4　次の場合は、病院等で受診した領収書（診療明細の確認のできるもの）を添付して区の窓口に医療費の支給を申請してください。《見本》
(1) 都外やこの制度に入病院等で受診した場合
(2) 入院時食事療養標準負担額を支払った場合

5　受給者の資格がなくなったときや、有効期間を経過したときは、この証を区の窓口にお返しください。

6　氏名、住所、加入医療保険などに変更があったときは、区の窓口にこの証を添えて届け出てください。

7　この証を破ったり、汚したり、又は失ったりしたときは、区の窓口で再交付を受けてください。

8　偽り、その他不正にこの証を使用したときは、助成を受けた額の全部又は一部を返還しなければならないことがあります。

問い合わせ先

※　市区町村によっては、有効期限の更新や対象年齢の引き上げ等の制度改正が行われます。
新たに交付又は更新がされましたら、速やかにご提出くださいますようお願い申し上げます。