

受付番号

摂津市長 様

氏名

電話番号

なお、支給決定金額を下記口座に振り込んでください。

受給(対象)者記入欄	医療助成の別		☐ 老人		☐ 子ども		☐ ひとり親		☐ 重度障害者					
	申請理由		☐ 他府県 ☐ 発行前 ☐ その他()											
	フリガナ						受給(対象)者番号							
	受給(対象)者氏名						生年月日		年 月 日					
	医療保険の加入状況		記号						番号					
			被保険者氏名								続柄			
			医療保険名称								保険者番号			
			医療保険の所在地						TEL		— —			
			負担割合		割		附加給付		有・無		限度額適用認定証		有()・無	
	振込先	金融機関名						支店名						
口座番号							種目		☐ 普通 ☐ 当座 ☐ 貯蓄 ☐ その他()					
コウザメイギ(※カナで記入してください)														
助成申請額						円								

書 收 領

保険 医 療 機 関 等 記 入 欄	傷病名(記入しがたい場合は不要)		診 療 区 分	入院 ・ 入院外 医科 ・ 歯科 ・ 調剤 食事 ・ その他()	
	領収金額 円 ただし、()に係る 年 月分一部負担金(相当額)		入院年月日	年 月 日	
			受 診 日 数	日	
			診 療 期 間	年 月 日から 年 月 日まで	
	○内数 ※括弧内は公費負担分の内数		保険診療点数		点
	1日目診療 点 円(点 円)		公費負担区分(精神・結核等)		点
	2日目診療 点 円(点 円)				
	保険医療機関等	住所 名称 氏名 電話番号			

注意 1 保険医療機関等が発行した領収書があるときは、記入は不要です。
2 保険診療分のみ1か月ごとに月単位で診療区分別に記入してください。
3 診療区分は、該当事項に○をつけてください。