

受付日
受付番号

医療費助成申請書(及び口座振込依頼書)

摂津市長 様

申請者 住所

氏名

受給(対象)者との続柄()
電話番号

次のとおり、医療費の助成を申請します。
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																		

領 収 書

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		



- 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。