

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	<input type="checkbox"/> 老人		<input type="checkbox"/> 子ども		<input type="checkbox"/> ひとり親		<input checked="" type="checkbox"/> 重度障害者			
	申請理由	<input type="checkbox"/> 他府県 <input type="checkbox"/> 発行前 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄 <input type="checkbox"/> 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	
	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、保険医療機関等記入欄の記入は不要です。
 - 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。