

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 摂津市三島1-1-1

氏名 摂津 太郎

受給(対象)者との続柄(本人)

電話番号 090-1234-5678

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	セツ タロウ				受給(対象)者番号		1	2	3	4	5	6	7
	受給(対象)者氏名	摂津 太郎				生年月日		R 3 年 4 月 1 日						
	医療保険の加入状況	記号	摂国				番号		0123456					
		被保険者氏名	摂津 太郎				続柄		本人					
		医療保険名称	国民健康保険				保険者番号		2 7 0 2 5 6					
		医療保険の所在地	摂津市三島1-1-1				TEL		06-6383-1111					
		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	りそな銀行				支店名		摂津支店					
口座番号		0	1	2	3	4	5	6	種目	<input checked="" 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)				セツ タロウ										
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	
				内科・歯科・調剤 食事・その他()	
	領収金額 円		入院年月日	年 月 日	
	ただし、()に係る 年 月分一部負担金(相当額)		受診日数	日	
	○内数 ※括弧内は公費負担分の内数		診療期間	年 月 日から 年 月 日まで	
	1日目診療	点 円(点 円)	保険診療点数		点
	2日目診療	点 円(点 円)	公費負担区分(精神・結核等)		点
	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。