

高槻市子ども医療費助成申請書及び口座振替依頼書

(宛先)

高槻市長

二重線の枠内を記入してください。

次のとおり医療費の助成を申請します。
なお、助成金は下記の口座に振り込んでください。

申請者	令和 年 月 日										
	住所 高槻市					氏名 (印) 対象者との続柄					
	電話										
対象者	住所		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 高槻市			受給者番号					
	フリガナ		生年月日								
	氏名		年 月 日								
加入医療保険	記号	番号	保険種別	保険者名称			保険者番号				
			・国保 ・健保組合 ・協会けんぽ ・その他	高槻市 ()健保組合 全国健康保険協会()支部 ()							
	世帯主又は被保険者氏名		資格取得日 (認定日・給付開始日)			年 月 日					
申請理由	<input type="checkbox"/> 1.入院 <input type="checkbox"/> 2.大阪府以外での受診等 <input type="checkbox"/> 3.医療証交付前受診等・不携帯 <input type="checkbox"/> 4.装具・眼鏡 <input type="checkbox"/> 5.月限度額オーバー <input type="checkbox"/> 6.その他()										
振込先	銀行		支店	種別	普通	フリガナ					
	農協		出張所			口座名義人					
銀行コード		支店コード		口座番号							

これより下は記入しないでください。(事務処理欄)

No	診療年月	診療区分	日数	点数	患者負担額	高額療養費	附加給付金	自己負担金	支給決定額	連番号
1	/	入・外・歯・調・ 訪・装・他()	日	点	円	円	円	円	円	
2	/	入・外・歯・調・ 訪・装・他()	日	点	円	円	円	円	円	
3	/	入・外・歯・調・ 訪・装・他()	日	点	円	円	円	円	円	
4	/	入・外・歯・調・ 訪・装・他()	日	点	円	円	円	円	円	
5	/	入・外・歯・調・ 訪・装・他()	日	点	円	円	円	円	円	
6	/	入・外・歯・調・ 訪・装・他()	日	点	円	円	円	円	円	
7	/	入・外・歯・調・ 訪・装・他()	日	点	円	円	円	円	円	
8	/	入・外・歯・調・ 訪・装・他()	日	点	円	円	円	円	円	
合計		件	—	—	—	—	—	—	円	—
備考	<input type="checkbox"/> 附加給付金あり <input type="checkbox"/> 他公費限度額あり					資格期間 年 月 日 ~ 年 月 日				
						受付番号		受付		