

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。

印鑑(認印可)を押印して下さい

令和XX年XX月XX日

申請者

住所 高槻市 桃園町2番1号

氏名 高槻 太郎 **高槻** 対象者との続柄 父

電話 090-XXXX-XXXX

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。

対象者	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ 医療証の2段目の6または1から始まる番号を記入して下さい		受給者番号	6	X	X	X	X	X	X					
	フリガナ	タカツキ ハナコ		生年月日												
	氏名	高槻 花子		平成XX年XX月XX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											
	XXXX	XXX	・国保 ・健保組合 ・協会けんぽ	高槻市 ()健保組合 全国健康保険協会(●●)支部	X	X	X	X	X	X	X					
	お子様の加入健康保険の情報を記入してください			資格取得日 (認定日・給付開始日)	平成XX年XX月XX日											
申請理由	<input type="checkbox"/> 1.入院 <input checked="" 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	タカツキ タロウ										
	農協	出張所			口座名義人	高槻 太郎										
銀行コード					支店コード	X	X	X	口座番号	X	X	X	X	X	X	X

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	口数	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
-----	------	------	----	----	-------	-------	-------	-------	-------	-----

・領収書は原本の添付が必要です。ただし、高額療養費支給請求等で原本を健康保険組合に提出済の場合はコピーでも構いません。

・装具や眼鏡の申請の場合は、医師の指示書等と健康保険組合の療養費支給通知が必要です。また、高額療養費に該当する場合は健康保険の高額療養費支給通知が必要です。

・健康診断や予防接種、総合病院の選定療養費等の保険対象外の費用については助成対象外です。

・健康保険組合から附加給付金が支給される場合は、助成額から支給額を控除します。

・郵送で申請される場合は、領収書原本が必要です。書留等での送付をお勧めします。また領収書の返却を希望される場合は、必ず切手を貼付した返信用封筒を同封してください。

8	/	入・外・歯・調・訪・装・他()	日	点	円	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