

高槻市ひとり親家庭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。

申請者	住所 高槻市			令和 年 月 日		
	氏名	受給者との続柄				
	電話					

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。

受給者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ				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の氏名				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												
信金・信組																		
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	自己負担金	支給決定額	無償化額	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		
9	/	入・外・歯・調・ 訪・装・他()	日	点	円	円	円	円	円		
10	/	入・外・歯・調・ 訪・装・他()	日	点	円	円	円	円	円		
合計			—	—	—	—	—	円	円	—	
備考	資格期間					年 月 日 ~ 年 月 日					
	受付番号			受付							
	受付日										