

医療費等助成申請書

記載例

富田林市長

本人もしくは保護者名でご記入ください(代筆・印刷の場合は名前の横に押印をお願いします)。

下記のとおり、療養に要する費用の明細書・明細書を添えて申請します。

※氏名欄には本人が署名・捺印してください。ワープロでの入力、ゴム印の利用及び代筆の場合は、記名の横に押印をお願いします。

〇〇年 〇月 〇日

申請者	氏名	富田林 太郎		続柄	父	電話	0721(25)1000	
	住所	富田林市常盤町1番1号						
医療区分	<input checked="" type="checkbox"/> 子ども医療 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭医療 <input type="checkbox"/> 障がい者医療 <input type="checkbox"/> 老人(一負)医療 ()							
申請理由	<input type="checkbox"/> 大阪府外受診 <input checked="" type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> 医療証交付前受診 <input type="checkbox"/> 医療証未提示 <input type="checkbox"/> 一部自己負担額償還 <input type="checkbox"/> 食事療養費 <input type="checkbox"/> その他 ()							
受給者	氏名			生年月日		受給者番号		
	富田林 花子			〇〇年 〇月 〇日		〇〇〇〇〇〇〇〇		
振込先	金融機関名	〇〇			<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> ()	支店名	〇〇 ()	
	預金種別	口座番号(※右詰め記入)			口座名義人(カタカナ)		トダバヤシ タロウ	
	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄	1	2	3	4	5	6	7

市処理欄

	診療科目 【減額区分】	入外 区分	診療年月	日数 【食数】	医療費総額 (円)	支払金額 (円)	高額療養費等 (円)	一部自己負担額 (円)	助成額 (円)	備考
①										
②										
③										
④										
⑤										
⑥										
⑦										
⑧										
⑨										
⑩										
⑪		入・外								
⑫		入・外								

【申請に必要なもの】

- ・医療証
- ・健康保険証
- ・領収書: 受診者氏名・診療年月日・医療費総額(保険点数)・領収金額・医療機関名・領収印の記載のあるもの
- ※レシートの場合もこれらの記載がないと受付不可となります。
- ※弱視眼鏡の場合は指示書、補装具の場合は意見書のコピーが必要です。
- ・預金通帳等、振込先口座のわかるもの

●医療費の全額を負担した場合や高額療養費等に該当の場合は、先に加入されている健康保険へ保険負担分の請求をしてください。給付決定通知書が交付された後、領収書のコピーを併せてご持参ください。

※保険負担分請求時に加入されている健康保険で領収書を回収される場合があります。事前に領収書をコピーすることをお勧めします。

上記のとおり、該当につき処理してよろしいですか。

決裁	課長	課長代理	係長	係員	受付

決定日