

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)

二重線の枠内を記入してください。

高槻市長

| | | | | | | |
|-----|--------|---|---------|----------|--|--|
| 申請者 | 住所 高槻市 | | | 令和 年 月 日 | | |
| | 氏名 | ⑩ | 対象者との続柄 | | | |
| | 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。

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|---|---------------------------------|--|--------------------------------|----|-------|-------|--|-------|------|--|--|--|--|--|
| 対象者 | 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 | | | | | | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 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 | | 口座名義人 | | | | | | |
| | 農協 | | 出張所 | | | | 口座番号 | | | | | | | | |
| | 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 | 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 | | | | |