

# 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。

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	受給者との続柄
	氏名	電話

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	連番号	
1	/	入・外・歯・調・訪・装・他( )	日	点	円	円	円	円		
2	/	入・外・歯・調・訪・装・他( )	日	点	円	円	円	円		
3	/	入・外・歯・調・訪・装・他( )	日	点	円	円	円	円		
4	/	入・外・歯・調・訪・装・他( )	日	点	円	円	円	円		
5	/	入・外・歯・調・訪・装・他( )	日	点	円	円	円	円		
6	/	入・外・歯・調・訪・装・他( )	日	点	円	円	円	円		
7	/	入・外・歯・調・訪・装・他( )	日	点	円	円	円	円		
8	/	入・外・歯・調・訪・装・他( )	日	点	円	円	円	円		
合計		件	—	—	—	—	—	円	—	
備考						資格期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
						受付番号		受付		