

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)

二重線の枠内を記入してください。

高槻市長

記入例

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	住所	高槻市 桃園町2番1号						令和×年 ×月 ×日
	氏名	高槻 育子	受給者との続柄	母				
	電話	×××-××××-××××						

押印必須です(認印可)

受給者	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ				受給者番号	×	×	×	×	×	×	×
	フリガナ	タカツキ タロウ				生年月日							
	氏名	高槻 太郎				令和×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							
	高国	123-456-7	・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 ()		2 7 0 0 8 2							
	世帯主又は被保険者氏名	高槻 育子		資格取得日 (認定日・給付開始日)	令和×年 ×月 ×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.器具・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	はにわ	農協	高槻	種別	普通	フリガナ	タカツキ イッコ					
	支店	信金・信組	出張所		口座名義人	高槻 育子							
銀行コード	支店コード			1	2	3	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				