

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)

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 桃園町2番1号		令和XX年XX月XX日
	氏名	高槻 太郎	対象者との続柄	父
	電話	090 - XXXX - XXXX		

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 checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ		受給者番号	6	X	X	X	X	X	X
	フリガナ			生年月日							
	氏名	高槻 花子		平成XX年XX月XX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						
	XXXX	XXX	・国保 ・健保組合 ・協会けんぽ	高槻市()健保組合 全国健康保険協会(●●)支部	X	X	X	X	X	X	X
	お子さまの加入健康保険の情報を記入してください				資格取得日(認定日・給付開始日)	平成XX年XX月XX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.装具・眼鏡 <input type="checkbox"/> 5. その他()										
振込先	銀行	支店	種別	フリガナ	タカツキ タロウ						
	XXXX	農協 XX			普通	口座名義人	高槻 太郎				
	信金・信組	出張所									
銀行コード		支店コード		口座番号		X	X	X	X	X	X

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	無償化額	連番号
1	/	入・外・歯・調・訪・装・他()	日	点	円	円	円	円	円	円	円

- ・領収書は原本が必要です。(装具等はコピー可)
- ・装具や治療用眼鏡等の申請の場合は、医師の指示書・明細書・装着証明書(装具)・領収書のコピーと加入健康保険の支給決定通知書の原本が必要です。
- ・高額療養費に該当する時や附加給付金の支給がある時は、その支給決定通知書の原本が必要です。
- ・附加給付金が支給される場合は、その支給額を助成額から控除して支給します。
- ・健康保険の支給対象とならない費用(健診、選定療養費、予防接種など)については助成の対象外です。
- ・郵送で申請する時は、領収書の原本を添付する必要があるため、書留等での送付をお願いします。また、領収書等の返却を希望される場合は、必ず切手を貼った返信用封筒を同封してください。

備考	<input type="checkbox"/> 附加給付金あり <input type="checkbox"/> 他公費限度額あり		円	円	円	円	円	円
			円	円	円	円	円	
			受付番号		受付			
		受付日						