受付日

受付番号

医療費助成申請書

（あて先）
羽曳野市長　様

申請者　住所

氏名

受給者との続柄　（　　）

電話番号

下記のとおり、医療費の助成を申請します。
なお、支給決定金額を下記口座に振り込んでください。

受給医療	□子ども医療　□ひとり親家庭医療　□重度障害者医療　□老人医療															
申請理由	□ 他 府 県　□ 発 行 前　□ 入院療養費　□ 入院時食事代　□ その他（　　）															
フリガナ								受 給 者 番 号								
受給者氏名								生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日				
医療保険の加入状況	記号							番号								
	被保険者氏名							続柄								
	医療保険名称							保険者番号								
	医療保険の所在地	TEL														
振込先	金融機関							支店名								
	口座番号					種別	□普通　□当座　□貯蓄　□その他（　　）									
	コウザメイギ（※カナで記入して下さい）															
添付した領収書の内訳																
年　月分より　ヶ月分	外来	ヶ所　枚	入院	ヶ所　枚	調剤	ヶ所　枚										

※この申請書は、医療費の助成資格を有する方が、他府県で受診した場合や、医療証の交付前に受診された場合等に係る保険診療分の助成分を請求する場合に使用します。但し、医療証等の交付後に医療機関に医療証等の提示をしなかったことによる請求はできない場合がありますのでご注意ください。
※申請は、受診された翌月以降に行ってください。
※同月、同一医療機関の申請は必ずまとめて行ってください。別に申請されますと助成金額の返金を請求する場合があります。

事務処理欄※記入しないでください

区　分	支払金額	一部負担金	付加給付	公費負担	支給決定