受付日

受付番号

## 医療費助成申請書

保護者様 (口座名義人と同一名)

(あて先)

羽曳野市誉田4-1-1 住所 申請者

> 白鳥 氏名

父 受給者との続柄 (

太郎

072-958-XXXX 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**該当項目に У をして下さい** 

日中つながる番号を ご記入下さい(携帯可)

受給医療   日本のとり親医療   日本のとり親医療   日本の他(   1   2   2   4   5   6   7     フリガナ   シラトリイチロ、お子様の氏名   受給者番号   1   2   3   4   5   6   7     受給者氏名   白鳥   一郎   生年月日   大正田和 日本				
フリガナ   シラトリ イチロ お子様の氏名   受給者番号   1 2 3 4 5 6 7     受給者氏名   白鳥   上田田 田田 日本				
受給者氏名 白鳥 上   保険証を ci確認下さい				
受給者氏名   白鳥   一郎   生年月日   単介   2 6 年 1 月 1 目 お子様の生年月日     保険証をこ確認下さい   123   番号   8888     医療保険の加入状況   被保険者氏名   白鳥   太郎   続柄   父     医療保険の加入状況   医療保険名称   全国健康保険協会   羽曳野支部   保険者番号   0 1 2 7 0 0 1 0   1 0 1 0     保護者様の口座(ゆうちょ銀行可)所在地   大阪市中央区中央町1-1-1   TEL 06-XXXXX-XXXX   2000 0   1 0 0   2 0 0 1 0   2 0 0 0 0 1 0   2 0 0 0 0 1 0   2 0 0 0 0 0   2 0 0 0 0 0   2 0 0 0 0 0   2 0 0 0 0 0   2 0 0 0 0 0   2 0 0 0 0 0   2 0 0 0 0 0   2 0 0 0 0 0   2 0 0 0 0 0   2 0 0 0 0 0   2 0 0 0 0 0   2 0 0 0 0 0   2 0 0 0 0 0   2 0 0 0 0 0   2 0 0 0 0 0   <				
Tel   Te				
医療保険名称   全国健康保険協会   羽曳野支部   保険者番号   O   1   2   7   O   O   1   C   で				
大阪市中央区中央町1-1-1   TEL 06-XXXX-XXXX				
大護有様の口座				
金融機関 羽曳野銀行 支店名 羽曳野支店   振込 口座番号 1234567 種別 一当座 一貯蓄 一その他( )				
<ul><li>込 口座番号</li><li>1234567</li><li>種別</li><li>単普通</li><li>□当座</li><li>□貯蓄</li><li>□その他(</li><li>)</li></ul>				
プロウザメイギ(※カナで記入して下さい) シラトリ タロウ				
添付した領収書の内訳				
年 月分より ヶ月分 外来 ケ所 枚 入院 ケ所 枚 調剤 ケ所 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

十+1 人好	か 411人	/_k-fin ◊/\	八曲点机	十伙油点
文払金領	一部負担金	竹加箱竹	公 質 須 担	支給決定
	支払金額	支払金額  一部負担金	支払金額  一部負担金  付加給付	支払金額  一部負担金  付加給付  公費負担