受付日

受付番号

医療費助成申請書

受給者ご本人様
（口座名義人と同一名）

（あて先）

申請者　住所　羽曳野市誉田４－１－１

氏名　白鳥　花子

受給者との続柄　（　本人　）

電話番号　０７２－９５８－ＸＸＸＸ

日中つながる番号を
ご記入下さい(携帯可)

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 ☑ をして下さい

受給医療	□子ども医療　□ひとり親医療　□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	シラトリ　ハナコ					受 給 者 番 号	1	2	3	4	5	6	7	
受給者氏名	白鳥　花子　男 女					生年月日	大正 昭和 平成 令和	16年	1月	1日				
保険証をご確認下さい	記号	123				番号	88888							
医療保険の加入状況	被保険者氏名	白鳥　花子				続柄	本人							
	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
	医療保険の所在地	大阪市中央区中央町1－1－1　TEL　06－XXXX－XXXX												
受給者ご本人様の口座(ゆうちょ銀行可) 振込先	金融機関	羽曳野銀行				支店名	羽曳野支店							
	口座番号	1234567		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）	シラトリ　ハナコ												
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