

## 受付日

### 受付番号

## 醫療費助成申請書

(あて先)

保護者様  
(口座名義人と同一名)

申請者 住所 羽曳野市誉田4-1-1

氏名　日鳥 太郎

## 受給者との続柄 ( 父 )

電話番号 072-958-XXXX

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

日中つながる番号を  
ご記入下さい(携帯可)

受給医療	<input checked="" type="checkbox"/> 子ども医療 <input type="checkbox"/> ひとり親医療 <input type="checkbox"/> 重度障害者医療 <input type="checkbox"/> 老人医療		
申請理由	<input type="checkbox"/> 他府県 <input type="checkbox"/> 発行前 <input checked="" type="checkbox"/> 入院療養費 <input type="checkbox"/> 入院時食事代 <input type="checkbox"/> その他( )		
フリガナ	シラトリ イチロウ 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 昭和 平成 令和 26年1月1日
加入の健康保険情報をご確認下さい。 異なっている場合は場合は修正してください。		お子様の生年月日	
医療保険の加入状況	23	番号	8888
保険者氏名	白鳥 太郎	続柄	父
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
保護者様の口座(yuuchyo銀行可)	大阪市中央区中央町1-1-1 TEL 06-XXXX-XXXX		
金融機関	羽曳野銀行	支店名	羽曳野支店
口座番号	1234567	種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄 <input type="checkbox"/> その他( )
コウザメイギ(※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	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。別に申請される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