

※領収書(コピー不可)をつけて申請してください。

【別紙③】

様式第2号(第4条関係)

医療費助成申請書

年 月 日

(宛先) 枚方市長

申請者

住所

氏名

受給者との続柄 ()

電話番号 () -

F A X () -

※ [] 部分をご記入ください。

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。

Application form with multiple sections: 受給医療 (老人, 一部助成, etc.), 申請理由, 受給者氏名 (with 受給者番号, 生年月日), 医療保険の加入状況 (with 記号, 被保険者氏名, etc.), 振込先 (with 金融機関, 口座番号, etc.), and a summary table for medical services (外来, 入院, etc.).

※ 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した場合等の、保険診療に係る助成成分を請求する場合に使用します。

※ 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

Table with 10 columns: 診療月, 入外, 日数, 医療機関名, 科, 点数, 支払金額, 自己負担, 附加・高額, 支給決定. Includes a total row (合計).

【医療助成課】