

※領収書(コピー不可)をつけて申請してください。

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 () -

FAX () -

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	<input type="checkbox"/> 老人(一部助成) <input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> 障害者							
申請理由	<input type="checkbox"/> 他府県 <input type="checkbox"/> 発行前 <input type="checkbox"/> その他 ()							
フリガナ								
受給者氏名	受給者番号							
	生年月日		年 月 日					
医療保険の 加入状況	記号	番号						
	被保険者 氏名	続柄						
	保険者 名称	保険者番号						
	保険者の 所在地	電話番号 () -						
振 込 先	金融機関	店舗						
	口座番号	種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄					
	口座名義(カタカナで記入して下さい)							
添付した領収書の内訳※裏面の領収証明書は除きます。								
年 月分	から	か月分	外来	か所 枚	入院	か所 枚	調剤	か所 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した場合等の、保険診療に係る助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

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
年 月	入・外			医・歯 調・他					
年 月	入・外			医・歯 調・他					
年 月	入・外			医・歯 調・他					
年 月	入・外			医・歯 調・他					
年 月	入・外			医・歯 調・他					
合 計	件		—	—					