

- 重度障害者
 ひとり親家庭
 子ども

医療費助成支給申請書

令和 年 月 日

(宛先) 東 大 阪 市 長

次のとおり医療費の助成を申請しますので、
下記の口座に振り込んでください。

なお、付加金の受領等について医療機関・医療保険
関係機関等に照会することに同意します。

申請者

住所 _____

氏名 _____

電話 _____

受給者との続柄

()

()

※太枠の中のみご記入ください

受給者 氏名	生年月日			受給者番号			
	年	月	日				
申請の理由	<input type="checkbox"/> 証交付前 <input type="checkbox"/> 府外受診 <input type="checkbox"/> 高額(ひ親・子ども) <input type="checkbox"/> 装具装着 <input type="checkbox"/> その他()						
振込先 (口座変更: <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)							
金融機関				支店			口座番号
		銀行・信金 組信・農協		支店			
普通・当座・貯蓄	口座名義人	※カタカナでご記入ください。					

保 険	社保・国保・後期	記号番号	当月
※ 診療期間	年 月	～ 日 (日数 日間)	

※ 採 択 区 分	・医科 ・歯科 ・調剤	総点数	点	自己負担額	円
	・訪看 ・補装具 ・柔整 ・はり ・あんま	総医療額	円	高額療養費	円
	・一部償還	国保・後期・他公費() ※申請: 有 ・無		付加給付額	円
	・食事代 (回) 18歳到達後の年度末まで (80・82・86)	支払日 支払額 円	一部負担額	円	
	※ 外来 ・ 入院		支給決定額	円	

★★★★注意点★★★★

※郵送での申請の場合は、領収証(原本)を同封してください。(保険者に原本を提出している場合のみコピー可)

※領収証の返却を希望する場合は下にチェック(☑)の上、必ず返信用封筒(宛先記入・切手貼付済みのもの)を同封してください。

領収証返却希望

審査	※受付者	※受付印
承認・却下		
連番号		