

様式第4号(第5条関係)

医療費助成申請書

令和 × 年 ○ 月 △ 日

(あて先) 大東市長

(申請者) 住 所 大東市谷川1-1-1

氏 名 大東 太郎

電話番号 〇〇〇-△△△△-□□□□

*記載方法が不明な場合はお問い合わせ
いただくか空けておいてください。

医療費の助成を受けたいので、下記のとおり申請します。
なお、助成の際は、下記口座に振り込んでください。

記

受給医療区分	<input type="checkbox"/> 老人 <input checked="" type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> 重度障害者					
申請理由	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 食事					
	<input checked="" type="checkbox"/> 他府県 <input type="checkbox"/> 発行前 <input type="checkbox"/> その他 ()					
フリガナ	ダイトウ ハナコ		受給者番号	1 2 9 3 4 5 6		
受給者氏名	大東 花子		生年月日	令和2年 5月 5日		
医療保険の 加入状況	記号	XXXXXXXXXX		番号	△△△△	
	被保険者等氏名	大東 太郎			続柄	父
	医療保険名称	全国健康保険協会 大阪支部		保険者番号	0 1 2 7 0 0 1 6	
	医療保険	大阪市西区靱本町1丁目11番7号信濃橋三井ビル6階 06-7711-4300				
振込先	金融機関	ゆうちょ		支店名	四〇八	
	口座番号	□□□□□□□□ (7桁)		種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	口座名義人 (*カナで記入してください)	ダイトウ 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	日	入院	ヶ所	日
---	------	-----	----	----	---	----	----	---

*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、医療証交付前に受給を申請する場合に使用します。ただし、医療証の交付後に医療機関に医療証の提示をしなかった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。

*同日、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減額を請求する原因となります。

*原則本人名義

(受給者がお子様などの場合は
同一世帯のご家族名義可)

事務処理欄*記入しないでください

1割・2割・3割

区分	総医療費	一部負担金	患者負担額	回数	助成決定額
入院					
外科					
歯科					
調剤					
装具					
償還金					
高額・食事					
その他					