様式第３号（第９条関係）

医療費助成申請書

年　　月　　日

（あて先）大東市長

（申請者）住　　所
氏　　名
電話番号

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

<table>
<tr><td colspan="2">受給医療区分</td><td colspan="6">□老人　□子ども　□ひとり親　□重度障害者</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">申請理由</td><td colspan="6">□入院　□通院　□食事</td></tr>
<tr><td colspan="6">□他府県　□発行前　□その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">フリガナ</td><td colspan="2"></td><td>受給者番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">受給者氏名</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="4">医療保険の
加 入 状 況</td><td>記号</td><td></td><td>番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>被保険者等氏名</td><td colspan="3"></td><td>続柄</td><td></td></tr>
<tr><td>医療保険名称</td><td colspan="2"></td><td>保険者番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>医療保険</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">振込先</td><td>金融機関</td><td colspan="2"></td><td>支店名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>口座番号</td><td colspan="2"></td><td>種別</td><td colspan="3">□普通　□その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="3">口座名義人（＊カナで記入してください）</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="8">添付した領収書の内訳</td></tr>
<tr><td colspan="2">年　月分より　ヶ月分</td><td>外来</td><td>ヶ所　日</td><td>入院</td><td>ヶ所　日</td><td>調剤</td><td>ヶ所　日</td></tr>
</table>

＊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、医療証交付前に受診された場合等に係る保険診療分の助成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ことによる医療費の助成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　　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					