

受 付	入 力

医療費助成支給申請書

年 月 日

(宛先)箕面市長

申請者 住所

氏名

電話

次のとおり医療費の支給を申請します。

受 給 医 療	☐ 子どもの医療 ☐ ひとり親家庭医療 ☐ 重度障害者医療 ☐ 老人医療			
フリガナ 受給者氏名			受給者番号	
住 所			生年月日	
加入医療保険	記 号		番 号	
	被保険者名		保険者番号	
	保険者の名称			

申 請 理 由	☐ 他府県受診 ☐ 発行前受診 ☐ 装具等			
	☐ その他()			
支 払 方 法	☐ 口座振込 ☐ 窓口払い		診療年月	年 月
請 求 明 細	別添のとおり			

※この申請書は、医療費の助成資格を有するかたが他府県で受診した場合又は医療証の交付前に受診された場合等において保険診療分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を提示しなかったことによる請求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全部又は一部を返金していただく場合があります。

決 裁	室 長	グ ル ー プ 長	担 当 者	担 当 者
本 件 支 給 決 定 してよろしいか。				

記入例

受 付	入 力

医療費助成支給申請書

●年 ●月 ●日

(宛先)箕面市長

住所 箕面市西小路4-6-1

申請者 氏名 箕 面 花 子

電話 072-724-6733

次のとおり医療費の支給を申請します。

受 給 医 療	☐ 子どもの医療 ☐ ひとり親家庭医療 ☐ 重度障害者医療 ☒ 老人医療			
フリガナ 受給者氏名	ミノオ ハナコ 箕 面 花 子		受給者番号	9999999
住 所	箕面市西小路4-6-1		生年月日	昭和20年5月1日
加入医療保険	記 号		番 号	1234567
	被保険者名	箕 面 花 子	保険者番号	39272208
	保険者の名称	大阪府後期高齢者医療広域連合		

申 請 理 由	☒ 他府県受診 ☐ 発行前受診 ☐ 装具等 ☐ その他()		
支 払 方 法	☒ 口座振込 ☐ 窓口払い	診療年月	●年 ●月
請 求 明 細	別添のとおり		

※この申請書は、医療費の助成資格を有するかたが他府県で受診した場合又は医療証の交付前に受診された場合等において保険診療分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を提示しなかったことによる請求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全部又は一部を返金していただく場合があります。

決裁	室長	グループ長	担当者	担当者
本 件 支 給 決 定 してよろしいか。				