

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 _____

申請者 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	<input type="checkbox"/> 子どもの医療 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭医療 <input type="checkbox"/> 重度障害者医療 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 他府県受診 <input type="checkbox"/> 発行前受診 <input type="checkbox"/> 装具等 <input type="checkbox"/> その他()		
支払方法	<input type="checkbox"/> 口座振込 <input type="checkbox"/> 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 箕面太郎

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	<input type="checkbox"/> 子どもの医療 <input checked="" type="checkbox"/> ひとり親家庭医療 <input type="checkbox"/> 重度障害者医療 <input type="checkbox"/> 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	令和元年5月1日	
加入医療保険	記号	100	番号	4649
	被保険者名	箕面太郎	保険者番号	1270016
	保険者の名称	全国健康保険協会 大阪支部		

申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 他府県受診 <input type="checkbox"/> 発行前受診 <input type="checkbox"/> 装具等 <input type="checkbox"/> その他()		
支払方法	<input checked="" type="checkbox"/> 口座振込 <input type="checkbox"/> 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。				