

様式第2号(第5条関係)

高槻市子ども医療費助成申請書及び口座振替依頼書

(宛先)

二重線の枠内を記入してください。

高槻市長

申請者

住所 高槻市

氏名

対象者との続柄

電話

次のとおり医療費の助成を申請します。
なお、助成金は下記の口座に振り込んでください。

対象者

住 所

フリガナ

氏 名

☐ 申請者と同じ

受給者番号

生年月日

年 月 日

加入医療保険

記号

番号

保険種別

保険者名称

保険者番号

世帯主又は被保険者氏名

資格取得日
(認定日・給付開始日)

年 月 日

申請理由

☐ 1.入院

☐ 2.大阪府以外での受診等

☐ 3医療証交付前受診等・不携帯

☐ 4.装具・眼鏡

☐ 5. その他()

振込先

銀行

支店

種別

フリガナ

農協

出張所

普通

口座名義人

信金・信組

口座番号

銀行コード

支店コード

口座番号

これより下は記入しないでください。(事務処理欄)

No	診療年月	診療区分	日数	点数	患者負担額	高額療養費	附加給付金	自己負担金	支給決定額	無償化額	連番号
1	/	入・外・歯・調・ 訪・装・他()	日	点	円	円	円	円	円	円	
2	/	入・外・歯・調・ 訪・装・他()	日	点	円	円	円	円	円	円	
3	/	入・外・歯・調・ 訪・装・他()	日	点	円	円	円	円	円	円	
4	/	入・外・歯・調・ 訪・装・他()	日	点	円	円	円	円	円	円	
5	/	入・外・歯・調・ 訪・装・他()	日	点	円	円	円	円	円	円	
6	/	入・外・歯・調・ 訪・装・他()	日	点	円	円	円	円	円	円	
7	/	入・外・歯・調・ 訪・装・他()	日	点	円	円	円	円	円	円	
8	/	入・外・歯・調・ 訪・装・他()	日	点	円	円	円	円	円	円	
9	/	入・外・歯・調・ 訪・装・他()	日	点	円	円	円	円	円	円	
10	/	入・外・歯・調・ 訪・装・他()	日	点	円	円	円	円	円	円	
備考	☐ 附加給付金あり ☐ 他公費限度額あり					円	円	円	円	円	
	受付番号							受付			
	受付日										