

# 高槻市ひとり親家庭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

**記入例**

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。

申請者	住所	高槻市 桃園町2番1号		
	氏名	高槻 花子	受給者との続柄	母
	電話	●●●●-●●●●-●●●●		

受給者	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ			受給者番号	●	●	●	●	●	●	●					
	フリガナ				生年月日												
	氏名	高槻 太郎			令和	●	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												
	高国	123-456-7	<input checked="" type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> その他	高槻市 ( )健保組合 全国健康保険協会( )支部 ( )													
	世帯主又は被保険者の氏名	高槻 花子		資格取得日 (認定日・給付開始日)	令和 ● 年 ● 月 ● 日												
申請理由	<input type="checkbox"/> 1 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 2 大阪府以外での受診等 <input type="checkbox"/> 3 医療証交付前受診等・不携帯 <input type="checkbox"/> 4 装具・眼鏡 <input type="checkbox"/> 5 月限度額オーバー <input type="checkbox"/> 6 その他( )																
振込先	銀行	支店	種別	フリガナ	タカツキ ハナコ												
	はにわ	高槻		普通	口座名義人	高槻 花子											
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	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			
2	/	入・外・歯・調・ 訪・装・他( )	日	点	円	円	円	円	円			
3	/	入・外・歯・調・ 訪・装・他( )	日	点	円	円	円	円	円			
4	/	入・外・歯・調・ 訪・装・他( )	日	点	円	円	円	円	円			
5	/	入・外・歯・調・ 訪・装・他( )	日	点	円	円	円	円	円			
6	/	入・外・歯・調・ 訪・装・他( )	日	点	円	円	円	円	円			
7	/	入・外・歯・調・ 訪・装・他( )	日	点	円	円	円	円	円			
8	/	入・外・歯・調・ 訪・装・他( )	日	点	円	円	円	円	円			
9	/	入・外・歯・調・ 訪・装・他( )	日	点	円	円	円	円	円			
10	/	入・外・歯・調・ 訪・装・他( )	日	点	円	円	円	円	円			
合計			—	—	—	—	—	円	円	—		
備考	資格期間					年	月	日	~	年	月	日
	受付番号			受付								
										受付日		