

# 記入例

申請者  
家庭等

## 医療費助成金交付申請書

(あて先)

生駒市長

金

円

申請者

健康保険上の扶養者

令和 2 年 1 月 10 日

住所

生駒市東新町8-38

氏名

生駒 太郎

電話

0743 (74) 1111

※この2箇所のみ記入してください

平

を交付

対象のお子様

申請します。

受給者番号

受給者氏名

生駒 はな

昭・平・令 2 年 1 月 1 日生

医療保険名称及び  
保険者番号

医療保険  
記号・番号

記号

番号

なお、助成金の振込は

次の口座へ振り込んでください。

振込口座	銀行	本店	口座番号	1 普通	フリガナ	
	信用金庫			2 当座		名義
	信用組合			3 貯蓄		
農協	支店					

自動償還登録口座へ振り込んでください。

学校の怪我である

はい

いいえ

※以下の欄は記入しないでください。

医療等の状況	※ 入院の状況		入院期間 (平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで)	
	医療機関名 (診療科)	日数	総点数	自己負担支払額
医療等の状況	医療機関名 (診療科)	日数	総点数	自己負担支払額
		日	点	円
医療等の状況	医療機関名 (診療科)	日数	総点数	自己負担支払額
		日	点	円
医療等の状況	医療機関名 (診療科)	日数	総点数	自己負担支払額
		日	点	円
医療等の状況	医療機関名 (診療科)	日数	総点数	自己負担支払額
		日	点	円
合計				円

自己負担額

附加給付額 (

円)

一部負担金

= 支給額

( 円) -

高額療養費 (

円)

( 円)

円

円

医療費助成金の申請期間は5年です。

※点検