

記入例

(医院・薬局も併せて)に1枚記入し、領収書の原本(受給者名、保険点数が)を添付してください。 ※領収書がない場合は裏面に証明を受けてください。 分は翌月15日に振込みます(振込予定日が土日祝日の場合は、前日になります)。

子ども
心身障害者
ひとり親家庭等

医療費助成金交付申請書

(あて先)

生駒市長

申請者(保護者)の方の情報をご記入ください

令和2年6月7日

金 ※記入不要です 円

申請者

住所

生駒市東新町8-38

氏名

生駒 一郎

電話

0743 (74) 1111

平成○○年△△月△日

医療証に記載の番号

受診された方

受診された方

受給者番号

7 8 1 2 3 4 5

受給者名

生駒 太郎

昭・平・令 23 年 1 月 1 日生

医療保険名称及び
保険者番号

〇〇健康保険組合

医療保険

記号

5000

番号

1000

0 1 3 5 7 9 0 2

記号・番号

5000

1000

なお、助成金の振込は

次の口座へ振り込んでください。

健康保険証の情報

振込
口座

〇〇

銀行
信用金庫
信用組合
農協

△△

本店
支店

口座
番号

5 6 7 2 3 4 5

1 普通
2 当座
3 貯蓄

フリガナ
名義

イコマ イチロウ

生駒 一郎

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。

医療費助成の口座登録が無い方は必ず記入をお願いします

※ 入院の状況		入院期間 (平・令)					
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	備考		
		日	点	円			
	※ 通院の状況						
	医療機関名(診療科)	日数	総点数	自己負担支払額	備考		
		日	点	円			
	医療機関名(診療科)	日数	総点数	自己負担支払額	備考		
	日	点	円				
医療機関名(診療科)	日数	総点数	自己負担支払額	備考			
	日	点	円				
医療機関名(診療科)	日数	総点数	自己負担支払額	備考			
	日	点	円				
合計						円	

自己負担額 (円)	附加給付額 (円)	一部負担金 (円)	支給額 円
	高額療養費 (円)		

医療費助成金の申請期間は5年です。

※点検

医療機関等記入欄

領収書がない場合や領収書に保険点数が書かれていない場合は、医療機関等でこちらに証明を受けてください。

様分
 平・令 年 月 診療状況証
 (保険適用分)

日数	日 (回)
期間	平・令 年 月 日から
	平・令 年 月 日まで

※ 該当する欄にチェックしてください。

診療内容	<input type="checkbox"/> 医科	<input type="checkbox"/> はり・きゆう	入外区分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外	医療費等内訳	総点数	点
	<input type="checkbox"/> 歯科	<input type="checkbox"/> あんま・マッサージ				柔整・はり・きゆう・ マッサージ総医療費	円
	<input type="checkbox"/> 調剤	<input type="checkbox"/> その他				自己負担額 (自費は除く)	円
	<input type="checkbox"/> 柔整						

上記のとおり診察し、自己負担額を領収しました。

所在地
 医療機関等 名称
 氏名
 電話番号
 印