

子ども
ひとり親家庭 医療費支給申請書及び口座振込依頼書

令和 年 月 日

吹田市長 あて

申請者 (被保険者)
(口座名義人) 住所
氏名
電話

印

捨印

受給者番号

下記のとおり医療費の支給を申請します。なお、下記のとおり口座振込によって支払ってください。

| | | | | |
|------------------------|--|--------------------------|---------|---------------------------|
| 医療を受けた人 | 住所 | 1. 申請者に同じ 2. その他() | | |
| | フリガナ | | | |
| | 氏名 | | | |
| | 生年月日 | 西暦 昭和 平成 令和 年 月 日 | | |
| 加入医療保険 | 被保険者等氏名 | 申請者に同じ | 保険種別 | 協・組・日・船・共・ 国・国(組)・後 |
| | 記号 番号 | | 発行機関の名称 | 健康保険(共済)組合 全国健康保険協会 支部 |
| | 自己負担割合 | 2割 ・ 3割 | 家族療養付加金 | 有 ・ 無 |
| 金融機関 | (振込先) | 銀行 信用金庫 農協 労働金庫 | 支店出張所 | 預金種目 |
| | 金融機関コード() | 支店番号() | | 普通 ・ 当座 |
| | | | | 口座番号 |
| | | | | 申請者の口座名義(カナ) |
| 医療機関の窓口で 医療費を支払った理由 | 1、大阪府外で受診したため 2、医療証交付申請中に受診したため 3、医療証を提示しなかったため 4、補装具等 → 補装具・眼鏡・() 5、2,500円超過 6、その他() | | | 医療費支給申請額 円 |

※下記の領収書は、医療機関等において記入してもらってください。

| | | | |
|-------------|--------------------------|---|------------------------------|
| 領収書 | | 金 円 | |
| 氏名 | ただし()に係る H・R 年 月分 (日分) | <input type="checkbox"/> 保険診療一部負担金 <input type="checkbox"/> 入院時食事療養標準負担額 | |
| 診療区分 | 医科 ・ 歯科 ・ 薬剤 ・ その他 | 診療期間 | H・R 年 月 日 から H・R 年 月 日 まで |
| 入院 ・ 入院外 | | 医療費総額 (A)+(食事療養費) | 円 |
| 保険診療総点数 | 点 | [うち、入院時食事療養標準負担額 | 円] |
| 2割又は3割の額(A) | 円 | 円× 食 | |
| 一部自己負担額 | 円 | | |
| 医療機関等名称 | 年 月 日 | 住所 | 名称 氏名 |

印

1ヶ月に1医療機関で21,000円以上

調査に数か月かかることを通知
同意書(吹田国保以外) 済・未
済・未

受付

領収書枚数
枚

記入例 **黒のボールペンでご記入ください（消せるペンは不可）**

様式第4号

該当する医療証に○をしてください。

子ども

ひとり親家庭

医療費支給申請書及び口座振込依頼書

8

市役所への提出日を記入してください。郵送で請求される場合は市役所への到着日が請求日になりますので、記入は不要です。

吹田市長 あて

令和〇〇年 〇〇月 〇〇日

申請者(原則、健康保険の被保険者の方)の住所・氏名を記入してください。また、日中連絡のつく方の電話番号を必ず記入してください。

申請者(被保険者)

住所 吹田市泉町1丁目3番40号

氏名 吹田 太郎

電話 000-0000-0000

吹田印

吹田印

この申請書は請求書を兼ねますので、必ず押印してください。(スタンプ印不可)

受給者番号 1 2 3 4 5 6 7

捨印についても、押印してください(ない場合、訂正箇所等があった際に、訂正のため申請者宛に書類を返送させていただくことになります)。

下記のとおり医療費の支給を申請します。なお、下記のとおり口座振込によって支払ってください。

医療を受けた人の、住所、氏名、生年月日を記入してください。なお、申請書は、医療を受けた人ごとに1枚必要です。

| | | | |
|------------|--|---------------------------|----------|
| 医療を受けた人 | 住所 | (1)申請者と同じ 2.その他(フリガナ) | |
| | フリガナ | スイ タ クワ イ | |
| | 氏名 | 吹田 慈 姑 | |
| | 生年月日 | 西暦 昭和 平成 令和 3 年 1 月 1 日 | |
| 加入医療保険 | 被保険者等氏名 | 申請者と同じ | |
| | 記号 | 98765432 | 21 |
| | 番号 | 21 | |
| 金融機関 | 自己負担割合 | 2割・3割 | |
| | (振込先) 銀行 | 信用金庫 | 支店 |
| | すいた | 泉町 | 出張所 |
| | 金融機関コード(000) | 支店番号(000) | |
| | 保険種別 | 協・組・日・船・共・国・国(組)・後 | |
| | 発行機関の名称 | 健康保険(共済)組合 全国健康保険協会 大阪 支部 | |
| | 家族療養付加金 | 有・無 | |
| | 預金種目 | 普通・当座 | |
| | 口座番号 | 7 6 5 4 3 2 1 | |
| | 申請者の口座名義(カナ) | スイ タ タ ロウ | |
| 医療機関の窓口で | 1. 大阪府外で受診したため 2. 医療証交付申請中に受診したため 3. 医療証を提示しなかったため 4. 補装具等 → 補装具・眼鏡・() 5. 2,500円超過 6. その他() | | 医療費支給申請額 |
| 医療費を支払った理由 | | | 円 |

医療証に記載のある受給者番号を記入してください。

医療を受けた人の、診療年月日時点の加入医療保険の内容を記入してください。なお、診療年月日から現在まで加入医療保険に変更がない場合は、健康保険証のコピーを添付することで記入を省略できます。

上の「申請者」欄に記入した方の口座名義で、振込希望の金融機関情報を正確に記入してください。

口座番号は、右詰で記入してください。ゆうちょ銀行の場合は、支店名及び口座番号は通帳をよくご確認のうえ記入してください。

該当する理由に○を記入してください。

ここには何も記入しないでください。

※下記の領収書は、医療機関等において記入してもらってください。

領収書に必要事項の記載がない場合等は、この欄に証明を受けて提出しても構いません(ただし、病院ごと、月ごとに1枚必要です)。

| | | |
|---------------------------|--------------|---|
| 領収書 | | 金 円 |
| ただし()に係る H・R 年 月 分 (日分) | | <input type="checkbox"/> 保険診療一部負担金 <input type="checkbox"/> 入院時食事療養標準負担額 |
| 診療区分 | 診療期間 | |
| 内科・歯科・薬剤・その他 | H・R 年 月 日 から | |
| 入院・入院外 | H・R 年 月 日 まで | |
| 保険診療総点数 | 点 | 医療費総額 (A)+(食事療養費) |
| 2割又は3割の額(A) | 円 | 円 |
| 一部自己負担額 | 円 | [うち、入院時食事療養標準負担額 円] 円×食 |
| 医療機関等名称 | 年 月 日 | 住所 名称 氏名 |

この申請書に添付する領収書の枚数を記入してください。

1ヶ月に1医療機関で21,000円以上 → 調査に数か月かかることを通知 済・未 同意書(吹田国保以外) 済・未 受付 領収書等枚数 10 枚

- (参考) 保険種別
- ・協・・・協会けんぽ(全国健康保険協会)
 - ・組・・・健康保険組合
 - ・日・・・日雇特例健康保険
 - ・船・・・船員保険
 - ・共・・・共済組合
 - ・国・・・国民健康保険(吹田市)
 - ・国(組)・・・国保組合
 - ・後・・・後期高齢者医療

申請者の氏名と口座名義人が一致しているか、ご確認ください。