

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

年 月 日

吹田市長 あて

申請者 住所

氏名

電話

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	年 月 日					
加入医療保険	被保険者等氏名			保険種別	政・組・日・船・共・国・国(退)・国(組)		
	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	普 通 ・ 当 座		
				口座番号			
	金融機関コード()	支店番号()	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 令和 年 月分 保険診療一部負担金 (日分)			
診療区分		診療期間	
医科 ・ 歯科 ・ 薬剤 ・ その他		令和 年 月 日 から	
入院 ・ 入院外		令和 年 月 日 まで	
保険診療総点数	点	医療費総額	
2割又は3割の額	円	円	
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
----	--	------------

(HP)

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

申請者は、医療を受けた人の、健康保
険の被保険者の方です（医療を受け
た人を、健康保険で扶養に入
れている方です）。
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
(口座名義人)

住所 吹田市泉町1丁目3番40号

氏名 吹田太郎

電話 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

受給者番号

1 2 3 4 5 6 7

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（例：子ど
も2人分の申請・・・申請
書は2枚に分ける）。

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。
※必ず同じ方でお願
いします。

該当する理由に○を
記入してください。

医療を受けた人	住 所	(1) 申請者に同じ 2. その他 ()		
	フリガナ	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	申請者に同じ	保険種別	政・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 大阪 支部
	自己負担割合	2割 ・ 3割		
金融機関	(振込先)	銀行 信用金庫 農 協 労働金庫	支 店	出張所
	すいた	泉町		
	金融機関コード (〇〇〇)	支店番号 (〇〇〇)	預金種目	普通 ・ 当 座
	口座番号	7 6 5 4 3 2 1		
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
などのコピーを添付することで記
入を省略できます。

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。
※口座名義は、上の「申請者」と
一致します。

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)		☐ 保険診療一部負担金 ☐ 入院時食事療養標準負担額	
診療区分	診療期間		
医科 ・ 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]	
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

領収書等枚数
10 枚

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。

(参考)

保険種別

- ・ 政 ・ ・ ・ 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。