

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

令和 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	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	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 (日分)		保険診療一部負担金	
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。

令和00年 00月 00日

吹田市長 あて

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 000-0000-0000

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。
※必ず同じ方をお願いします。

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	98765432	番号	21
	自己負担割合	2割・3割	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
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	口座番号	7 6 5 4 3 2 1
	金融機関コード(000)	支店番号(000)	申請者の口座名義(カナ)	スイ タ タ ロ ク
	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()		
医療費を支払った理由	医療費支給申請額			

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
氏名 氏名		☐ 保険診療一部負担金 ☐ 入院時食事療養標準負担額
ただし()に係る H・R 年 月 分 (日分)		
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] 円× 食
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。