

記入例

様式第3号
(第11条関係)

(表)

吹田市被爆者二世医療費助成金支給申請書及び口座振替依頼書

令和 ● 年 ● 月 ● 日

吹 田 市 長 あて

申請者

住所 吹田市●●

フリガナ スイタ タロウ

氏名 吹田 太郎

登録者が申請する場合「本人」と御記入ください

続柄 (被爆者二世登録者の) ●●

電話 (090) - 1234 -5678

次のとおり医療費の支給を申請します。下記のとおり口座振替によって支払ってください。また、医療費支給申請事務に必要な場合、住民税の課税内容を市職員が調査することについて、私及び世帯構成員全員の同意済みであることに間違いありません。さらに、加入健康保険の附加給付の有無について保険者又は事業主に問合せをすることについて同意します。

| | | | | | | |
|--------------------------|------------------------|------------|---|-------------------------|-------------|---|
| 助成対象者 | 氏名 | 吹田 太郎 | | 被爆者二世登録証明書番号 | 第 ● 号 | |
| | 住所 | 吹田市●● | | 生年月日 | ● 年 ● 月 ● 日 | |
| 健康保険の内容 | 世帯主・被保険者氏名 | 吹田 太郎 | | 保険種別 | 国保 (後期・その他) | |
| | 記号・番号 | 吹国 1234567 | 保険者 | 吹田市もしくは大阪府後期高齢者医療広域連合など | | |
| | 自己負担割合 | 3 割 | | 附加給付 | 有 ・ 無 | |
| 振込 | ゆうちょ | 銀行 | 預金種類 | 普通・貯蓄・当 | | |
| | | 信用金庫 | 口座番号 | 1 | 2 | 3 |
| | 一二三 | 農協 | フリガナ | スイタ タロウ | | |
| | | 支店出張所 | 口座名義 | 吹田 太郎 | | |
| 医療を受けた期間 | ●年 ●月 ●日 から ●年 ●月 ●日まで | | | | | |
| 医療費支給申請額 | 金額は空欄にしてください | | | | 円 | |
| 軽微な誤字・脱字等の訂正を市側で行うことについて | | | <input checked="" type="checkbox"/> 承諾します <input type="checkbox"/> 承諾しません | | | |

必ず申請者名義の口座を御記入ください

記入しないでください

金額は空欄にしてください

どちらかに✓をいれてください

※注意 申請者と振込先口座名義人は同一としてください

裏面は、医療機関等において記入してもらってください。

医療機関記入例

医療機関記入欄

| | | |
|--|--|-----------------------------------|
| 受診者氏名 | 吹田 太郎 | |
| 障害名 及び 疾病名 | 1 造血機能障害 | …無形成貧血、鉄欠乏性貧血、骨髄再生障害、その他() |
| | 2 肝臓機能障害 | …肝硬変、慢性肝炎、急性肝炎、その他() |
| | 3 細胞増殖機能障害 | …悪性新生物、骨髄異形成症、その他() |
| | 4 内分泌腺機能障害 | …糖尿病、甲状腺の疾患、その他() |
| | 5 脳血管障害 | …くも膜下出血、脳出血、脳血栓症、脳塞栓症、その他() |
| | 6 循環器機能障害 | … 高血圧性心疾患 、慢性虚血性心疾患、その他() |
| | 7 腎臓機能障害 | …慢性腎炎、ネフローゼ症候群、その他() |
| | 8 水晶体混濁による視機能障害 | …白内障 |
| | 9 呼吸器機能障害 | …慢性気管支炎、肺気腫、その他() |
| | 10 運動器機能障害 | …変形性関節症、その他() |
| | 11 潰瘍性大腸炎 | …潰瘍性大腸炎、その他() |
| ※ 該当する障害名及び疾病名を記載してください。 | | |
| 診療区分 <small>いずれかを○で囲んでください。</small> | 入院 ・ 入院外 | |
| 診療期間 | 令和 ●年 ●月 ●日から 令和 ●年 ●月 ●日まで | |
| 保険診療総点数 及び医療費総額 | 保険診療総点数(※1) <u>2,000</u> 点 医療費総額(※1) <u>20,000</u> 円 (うち対象分(※2) <u>1,000</u> 点) (うち対象分(※2) <u>10,000</u> 円) | |
| 保険診療 一部負担金 領収額 | 保険診療一部負担金(※1) <u>6,000</u> 円 (うち対象分(※2) <u>3,000</u> 円) | |
| 入院時食事療養 標準負担額 領収額 | 入院時食事療養標準負担額(※1) <u> </u> 円 <u> </u> 円 | |
| 本書類作成に係る 文書 領収額 | 本書類作成 文書料 <u>1,980</u> 円 | |
| | 令和 ●年 ●月 ●日 住所 大阪府吹田市●● 名称 ●●病院 氏名 ●●●● | |
| | (印) | |

この面は、必ず医療機関等による記入が必要です。
医療機関等に記入を依頼する際は、この記入見本をお見せください。

同じ診療期間に入院・入院外の治療を受けた場合、入院分と入院外分は合算せずに分けて作成してください。

本申請書1通の作成に対する文書作成料を御記入ください。

(※1) (※2)をよくお読みいただき、それぞれ該当箇所に御記入ください。

代表者氏名の御記入と代表者印の押印をしてください。
軽微な誤字・脱字等の訂正を市側で行うため、空欄に押印又は署名をお願いします。

(※1) 上記障害名及び疾病名を含む領収書に係るもののみを記載してください

(※2) (※1) 欄に上記障害名及び疾病名以外の内容に該当する金額を再掲して記載してください