

ひとり親家庭等医療費支給申請書

藤井寺市長 様

※太枠内について記入してください

下記のとおり申請し、請求します。

		申請日	年		月		日	
申請者	氏名	(個人番号：)		連絡先（電話番号）				
	住所	藤井寺市		- -				
受給者	住所	藤井寺市		受給者との続柄				
	氏名	☐ 申請者と同じ		生年月日				
		(個人番号：)		年 月 日				
	住所	☐ 申請者と同じ		(医療証) 受給者番号				
医療保険	加入保険者名	藤井寺市国民健康保険		保険者（発行機関）名		藤井寺市		
	加入保険者名	藤井寺市国民健康保険		保険者番号		2 7 0 2 7 2		
	加入保険者名	上記以外の健康保険		() 組合		() 支部		
申請理由	☐ 大阪府外での受診		☐ 補装具（コルセット）等		☐ 一部自己負担額限度額超			
	☐ 医療証未交付期間の受診		☐ その他 ()					
内容	☐ 入院 (医科)	☐ 入院 (歯科)	☐ 通院 (医科)	☐ 通院 (歯科)	☐ 調剤	☐ 訪問看護	☐ 補装具	☐ 限度額
医療機関名称								
振込先	銀行 農協 信金 信組		☐ 普通 ☐ 当座		口座番号			
	支店 本店 出張所		名義人 (カタカナ)					
市 処 理 欄	入外区分	入 ・ 外		診療年月	年	月	日 数	日
	親子区分	親 ・ 子		備考				
	総医療費 (又は装具費等)	円						
	高額療養費	円						
	附加給付金	円						
	一部自己負担額	円						
	公費助成額	円		受付番号				