

助成申請書の書き方

大阪府以外の医療機関で受診した場合や、医療証を持たずに医療機関を受診した場合、または医療証が届くまでの間に受診した場合の医療費の支給申請手続きです。

受診者の受給者氏名、受給者番号、生年月日をご記入ください。
親と子、兄弟姉妹で受診された場合は、受診者ごとに申請書が必要です。

保険者名は、ご加入の健康保険名になります。
 例：茨木市国民健康保険 → 茨木市
 全国健康保険協会 → 全国健康保険協会 ○○支部
 （○○には都道府県名 大阪・京都など）
 その他 組合保険等はその保険者名

銀行、口座番号、預金種目、口座名義人は、振り込みを希望される口座内容をご記入ください。

《領収書について》
必ず領収書の原本を添え提出ください。
領収書の返却を希望の場合、返信用の封筒に返却希望住所、切手添付のうえ同封ください。

支給申請書は、受診者お一人に対し、10件ごとに1枚必要です。11件以上の場合
は、コピーをお取りいただき、全ての申請書に押印ください。

※申請対象の医療費等は、保険適用のものに限ります。

ひとり親家庭医療費助成申請書

申請日 年 月 日

申請者（保護者）住所

(申請先) 茨木市長

受付年月日

申請者記入

住所

氏名

電話番号 (-)

☐ 茨木市がマイナンバーを利用して、健康保険情報を照会することに同意します。
(被保険者名：)

次のとおり申請しますので、指定する金融機関の口座へ振り込んでください。

添付する領収証書の保険点数等について医療機関に、付加給付等について加入している健康保険の保険者に対し、確認することにご同意します。

また、この申請書に記載事項に不備がある場合は、茨木市が訂正することに同意します。

受給者氏名		受給者番号 (医療証)	
保険者名 (組合名称)		生年月日	年 月 日 (満 才)
振込先 金融機関名	銀行 農協 信金 信組	支店名	支店・出張所 (支店番号:)
口座番号	普通 当座 貯蓄	(フリガナ) 口座名義人	

事務処理欄（※この欄は記入しないでください）

[illegible]