

# ひとり親家庭医療費助成申請書

## 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。

(申請先) 茨木市長

申請日 年 月 日

受付年月日

**申請者記入**

申請者(保護者)

住所

氏名

電話番号 ( - - )

次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、確認することに同意します。  
また、この申請書の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	
保険者名		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)

No.	診療年月	診療区分	医療機関名	日数	点数	患者負担額	付加給付等	自己負担金	支給決定額
1	/	入外歯 調他( )		日	点	円	円	円	円
2	/	入外歯 調他( )		日	点	円	円	円	円
3	/	入外歯 調他( )		日	点	円	円	円	円
4	/	入外歯 調他( )		日	点	円	円	円	円
5	/	入外歯 調他( )		日	点	円	円	円	円
6	/	入外歯 調他( )		日	点	円	円	円	円
7	/	入外歯 調他( )		日	点	円	円	円	円
8	/	入外歯 調他( )		日	点	円	円	円	円
9	/	入外歯 調他( )		日	点	円	円	円	円
10	/	入外歯 調他( )		日	点	円	円	円	円
合計				件	-	-	-	-	円
備考	資格期間 年 月 日 ~ 年 月 日								
	高額療養費負担限度額 アイウエオ 上位 一般 非課税								