

貝塚市長 様

令和 4年10月1日

保護者の氏名を記入してください。

申請者 住所 大阪府貝塚市畠中1丁目17番1号

氏名 貝塚 太郎
(電話〇〇〇-△△△△-□□□□)

お子様の医療証を確認の上、記入をお願いします。

とおりの医療費の助成申請をいたします。支給決定額については、下記口座に振り込んでください。
医療費の支給に関し、課税状況等の確認が必要なとき、医療保険欄は被保険者資格が確認できるもののコピーを合わせて提出して頂くことで記入不用です。

年月日（平成・令和） 年 月 日

和4年1月診療分（補装具は意見書の月）

受給者	公費負担者番号	86270097	医療保険	記		
	受給者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇		所在地		
	氏名	貝塚 つげお		所在地		
	生年月日	令和4年1月1日		所在地		
申請内容	1. 府外診療	2. 補装具装着	振込	種別	銀行 信用金庫 農協・信用組合	銀行番号
	3. 一部負担金償還金	4. 医療証発行前受診（資格開始 年 月 日）		口座番号	1234	
診療内容	5. 医療証提示忘れ	6. その他（ ）	口座	支店番号	123	
	1. 医科（入院）	2. 補装具（外来）		種別	普通・当座・その他	
	2. 医科（外来）	7. 柔整		口座番号	1234567	
	3. 歯科	8. 鍼灸マッサージ		フリガナ	カイツカ タロウ	
	4. 調剤	9. 看護・移送		口座名義	貝塚 太郎	
	5. 補装具（入院）	10. その他（ ）				

（医療機関記入欄）

この欄は、記入不用です。

領収金額 円
対象者 診療分 <負担割合 割>

診療科名	科（入院 / 入院外）	年 月 日～ 日（ ）日間	診療日	保険診療点数	公費負担（結核・精神等）	保険診療分患者負担金	一部負担助成一部自己負担金	備考
				点	点	円	円	
				点	点	円	円	
				点	点	円	円	
4日目以降計				点	点	円	円	

年 月 日 医療機関等 所在地 名称

※ここから下は、記入しないでください。

医療費総額 (保険適用分)	保険一部負担金 (A×負担割合)	高額療養費	家族療養附加金	公費負担医療 助成金(80を除く)	福祉医療 一部負担金	支給決定額 B-C-D-E-F
A	B	C	D	E	F	