

乳幼児・子ども  
心身障害者 医療費助成金支給申請書  
ひとり親家庭等  
重度心身障害老人

(あて先)  
平群町長

令和 年 月 日

金 **4,850** 円

住所: 生駒郡平群町 **吉新1丁目1番1号**

《申請者》氏名: **平群 太郎**

電話番号: **0745-45-1001**

令和 3 年 8 月分 医療費助成金を支給されるよう申請します。

受給者番号	<b>* 0 1 2 3 * *</b>	受給者氏名	<b>平群 きく</b>
医療保険名称 及び保険者番号	<b>~ 健康保険協会</b> <b>0 1 2 * 0 0 * *</b>	医療保険 記号・番号	昭 <b>平</b> ・令 <b>25</b> 年 <b>10</b> 月 <b>10</b> 日生 記号 <b>**</b> 番号 <b>1 2 3 *</b>

※申請書は、受診月ごとに1枚記入し、領収書の原本(患者名・保険点数などが記載されたもの)を添付してください。領収書がない場合は医療機関等で裏面に証明を受けてください。  
申請書は診療月の翌月以降に提出してください。毎月20日までの受付分を、翌月25日に登録口座に振込みます。  
(振込日が土日祝日の場合はその翌日となります。)

注)以下の欄は記入しないでください。

令和 年 月分

入院	●入院期間 ( 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで )				
	医療機関名(診療科)	日数	総点数	自己負担額	一部負担金
		日	点	円	円

※通院の状況

①	医療機関名(診療科)	日数	総点数	自己負担額	一部負担金
		日	点	円	円
②	医療機関名(診療科)	日数	総点数	自己負担額	一部負担金
		日	点	円	円

※記載例※

~保険証の記号番号等をご記入ください~

健康保険  
被保険者証

記号 **\*\*** 番号 **123\***

氏名 平群 きく 性別 女  
生年月日 平成25年10月10日  
認定年月日 令和3年8月1日  
被保険者氏名 平群 太郎  
保険者番号 **0 1 2 \* 0 0 \* \***  
保険者名称 ~ 健康保険協会  
保険者所在地 奈良市\*\*\*

~申請書は月毎に1枚必要です~

~領収書原本を提出していただきます~  
控えが必要な方はあらかじめ写しをとる等  
ご準備のうえで申請してください。

領収書が無い場合などは裏面の証明があれば  
申請できます。

ご不明の点は、  
健康保険課 TEL45-5800までお問い合わせください。