

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

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

※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。