

ひとり親家庭医療費・食事代支給申請書  
(口座振替依頼書)

令和 年 月 日

柏原市長 富宅 正浩 様

申請者 住所 柏原市

氏名

電話

下記のとおり医療費の支給を申請します。  
なお、下記のとおり口座振替によって支払ってください。

受給者	氏名 (生年月日)	( 歳 ) ( 年 月 日 )	受給者番号		
	住所				
加入医療保険	被保険者氏名		記号		番号
	発行機関		保険種別	1 国保一般 2 国保退職 3 協会けんぽ 4 健保組合 5 日雇 6 船員 7 共済 8 国保組合 9 特例退職	
	自己負担割合	割	付加給付	有 ・ 無	
医療機関の窓口で医療費を支払った理由	1 医療証交付前 2 他府県診療 3 その他 ( )		医療費 支給申請額	円	
金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義	
銀行 信金 信組 農協		普通		(フリガナ)	
診療年月日	年 月 日 ~ 年 月 日				
診療区分	医 歯 調 その他 食事代				
実日数	日	食事療養費 回			
支払った額	点/	円	円		
高額療養費	円				
家族療養付加給付	円				
一部自己負担	円	医療件数	件	日	
助成額	円				

この申請書は、1医療機関につき1人1枚必要です。

受付

令和 年 月 日

NO