

医 療 費 支 給 申 込 書

(あて先) 豊中市長

下記のとおり、医療費の支給について申込みます。

なお市民税課税台帳等により所得等の確認を行うこと、及び加入保険者へ
保険給付額等の確認を行うことに同意します。

【申請の種類】

コード	名 称

受付者	
受 付 印	

太枠内をご記入ください。

「申込者氏名」には対象者（受給者）本人の氏名をご記入ください。ただし、対象者（受給者）が
未成年の場合は、保護者の方の氏名をご記入ください。

また、対象者（受給者）本人が死亡されている場合は、相続人の方の氏名をご記入ください。

申込者氏名		金融機関名											
申込者住所		支店名											支店コード
電話番号	() -	口座番号 (右詰めで記入)										1.普通 2.当座 4.貯蓄	
		口座名義人 (カタカナで記入)											

医 療 証	公費番号	法制名称	対象者（ 受給者 ）番号						資 格 取 得 期 間						負担割合
	対象者（ 受給者 ）氏名						性別		生 年 月 日			居 住 地			

被 保 険 者 証	記 号				番 号				本扶区分	附加給付
	保 険 者 番 号						保 険 者 名 称			

申 込 情 報	申 込 年 月 日
	給 付 区 分
	医療費

1	年 月	府県)	医療機関)				採) 医 歯 調 他 ()	備考
	入・外	日・回	割	点数)			一)	
2	年 月	府県)	医療機関)				採) 医 歯 調 他 ()	備考
	入・外	日・回	割	点数)			一)	
3	年 月	府県)	医療機関)				採) 医 歯 調 他 ()	備考
	入・外	日・回	割	点数)			一)	
4	年 月	府県)	医療機関)				採) 医 歯 調 他 ()	備考
	入・外	日・回	割	点数)			一)	
5	年 月	府県)	医療機関)				採) 医 歯 調 他 ()	備考
	入・外	日・回	割	点数)			一)	

1. 高額療養費適用
ア・イ・ウ・エ・オ
上位・一般・Ⅰ・Ⅱ
通常・多数・合算・特定
3. 附加給付適用（算定） 有り・無し
円以上（ 円未満不支給）
円未満の端数切上・切捨・四捨五入

対象者負担額 円

附加給付額 円

2. 他公費適用による併用
指定難病・小児慢性
肝炎・自立支援
その他 ()

4. 食事療養費標準負担額
一般・低所得
長期・小児慢性

決定金額合計

他公費適用額 円

	円
--	---

審 査

入力確認 チェック