

子ども・重度障害者・ひとり親家庭等・高齢期移行者 医療費助成申請書

		1 窓口	2 口座	母	国保証番号		No. _____		
受給者番号					保険の種類	1 市国保		2 国保組合	
受給者	フリガナ					3 協会けんぽ		4 船員保険	
	氏名				5 共済組合		5 組合健保		
	生年月日	昭・平・令 年 月 日			申請の理由	1 療養費払い分（コルセット等）			
診療年月 (該当期間をわかりやすく記載してください)	平成・令和 年 月			2 県外で受診					
					3 証交付前の受診				
					4 県外国保組合等（自己負担窓口徴収）				
					5 証未提示				
					6 その他（ ）				
					申請金額		円		
口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協		本店 支店 出張所 支所		1 普通	口座 番号			
					2 当座	口座名義人（カナ）			
				4 貯蓄					

上記のとおり医療費の助成を申請します。また、この申請に関して保険者及び医療機関等関係機関に対し必要な情報を市が調査することについて同意します。

令和 年 月 日

神戸市 区長 宛
住所

申請者

(フリガナ) ()
氏名

電話

※日中に連絡がつく電話番号（携帯電話等）を記入してください。

1 医科	3 歯科	4 調剤	1 入院	2 入院外	医療機関コード番号	
------	------	------	------	-------	-----------	--

領収証明書

様

医療保険総点数	負担割合	領収金額	診療実日数
点	1割・2割・3割	円	日

ただし、 年 月分医療費自己負担額

医療機関等の所在地

令和 年 月 日

TEL ()

名称または氏名

総費用額		負担率	日数	一部負担金	付加・高額・療養費	内訳書	有・無
点×10円 円		0.1 × 0.2 0.3	日	円	円	記事	
区役所 処理欄	起案日： 年 月 日	□支給 □不支給		公開の状況		<input type="radio"/> 公開 <input checked="" type="radio"/> 部分公開 <input type="radio"/> 非公開	
	決裁日： 年 月 日	課長	担当係長	係	助成決定金額	受付	情報公開条例第10号第1号に該当 分類 17・04・05・04 保存 5年