



医療助成費支給申請書

受給者番号							・小児	・ひとり親家庭等
受給対象者	氏名					生年月日	昭和・平成	年 月 日
被保険者証等の記号番号	記号	番号	保険者番号					
保険者名	1 小田原市国民健康保険      2 全国健康保険協会 (      支部 ) 3      健康保険組合・共済組合      4 その他 (      )							
医療の区分	1 医療 ( 入院・通院 )      2 歯科      3 薬剤      4 補装具      5 その他 (      )							
傷病名					発病・負傷年月日	年 月 日		
発病又は負傷の原因・経過	原因				経過			
診療等の内容								
診療等を受けた保険医療機関等の所在地・医師の氏名								
診療等の期間	年 月 日から	日間	診療等に要した費用		円			
医療の給付を受けることができなかった理由								
傷病が第三者行為によるものであるときは、第三者の住所・氏名								
申請額	医療費等決定額 ( A )		自己負担額 ( B )		申請額 ( A - B )			
	円		円		円			
上記のとおり申請します。 なお、医療費の助成の審査に必要な限度で、私の所得状況その他必要な情報を小田原市の公簿等により確認することに同意します。また、添付する領収書に関することについては保険医療機関等に、保険自己負担分に係る決定点数等、高額療養費及び付加給付等については加入している健康保険の保険者に照会することに同意します。 <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> 小田原市長 様 <p style="text-align: right;">申請者 住所 小田原市 氏名 (印) 電話番号</p>								
振込先	銀行 信用金庫・組合 農業協同組合		本店・		支店 出張所			
	預金種目	普通・当座	口座番号					
	口座名義人 ( 申請者本人名義カタカナで記載 )							

- 1 医療機関等の領収書を添付してください。(その他必要な書類の提出をお願いすることがあります。)
- 2 入院時の食事療養負担金・特別室料・容器代・検診料等は、保険対象外のため申請の対象となりません。