

平成 年 月 日

請求書兼振込依頼書
(災害共済給付金・入院医療補償金)

摂津市長 森山 一正 様

学校・園名 _____

児童・生徒名 _____

住 所 _____

保護者氏名 _____ 印

標記の給付金等を下記の口座に振り込んでください。

なお、保護者氏名と振込口座名義人に相違がある場合は、口座名義人に対して給付金等の受領委任をしたものです。

記

《振込先》

銀行、信用金庫 農協、信用組合		支店					
普通 ・ 当座 (どちらかに、○印)							
口座番号							
ふりがな							
名義人							

(必ずふりがなを付けて下さい。)

(7桁の口座番号については0を省略せずにご記入ください。)

銀行名及び口座番号等の変更は至急ご連絡ください。

健康保険証と医療証を併用した場合は、下記に丸をつけてください。

・ひとり親家庭医療証	・乳幼児医療証	・障害者医療証	・その他 ()
------------	---------	---------	----------

医療証併用時の1回あたりの一部負担金額をご記入ください。

(自己負担は1回あたり500円以内で、月2回が上限となっています)

通院・入院別	1回目 (A)	2回目 (B)	合計 (A) + (B)
通院 (外来) の場合	_____ 円	_____ 円	_____ 円
入院の場合	_____ 円	_____ 円	_____ 円