

受付日 年 月 日

受付番号

(あて先)

申請者 住所

氏名

受給者との続柄 ()

電話番号

下記のとおり、医療費の助成を申請します。
 なお、支給決定金額を下記口座に振り込んでください。

受給医療	<input type="checkbox"/> 高齢期移行 <input type="checkbox"/> 高齢重度障害者等 <input type="checkbox"/> 乳幼児等 <input type="checkbox"/> 母子家庭等 <input type="checkbox"/> 重度障害者等											
申請理由	<input type="checkbox"/> 他府県 <input type="checkbox"/> 発行前 <input type="checkbox"/> その他 ()											
フリガナ												
受給者氏名	受給者番号											
	生年月日											
医療保険の加入状況	記号										番号	
	被保険者氏名						続柄					
	医療保険名称						保険者番号					
	医療保険の所在地						TEL					
振込先	金融機関						支店名					
	口座番号						種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	コウザメイギ (※カナで記入して下さい)											
添付した領収書の内訳												
年 月分より			ヶ月分	外来	ヶ所	日	入院	ヶ所	日	調剤	ヶ所	日

※この申請書は、医療費の助成資格を有する方が、他府県で受診した場合や、受給者証の交付前に受診された場合等に係る保険診療分の助成分を請求する場合に使用します。

※申請は、受診された翌月以降に行ってください。

※同月、同一医療機関の申請は必ずまとめて行ってください。別に申請されますと助成金額の返金を請求する場合があります。

事務処理欄※記入しないでください

1割 ・ 2割 ・ 3割

区分	総医療費	一部負担金	患者負担額	回数	支給決定額
入院					
外来					
歯科					
調剤					
装具					
償還金					
高額・食事					
その他					