様式第３号（第13条関係）

医療費支給申請書

年　　月　　日

（宛先）
大　津　市　長

受付印

申請者　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

次のとおり医療費を申請します。なお、医療費の支給に必要な範囲で、助成対象者の医療費・受診状況、健康保険からの給付の支給状況等について照会・確認することに同意します。

助成対象者	受給券（助成券）	福祉番号		受給者番号	
	氏　名			生年月日	年　　月　　日
御加入の健康保険	記号・番号	記号		番号	
	被保険者氏　名				
	保険者名　称	□大津市国民健康保険　□滋賀県後期高齢者医療広域連合 □全国健康保険協会＿＿＿＿支部　□（その他）＿＿＿＿＿＿			
	□健康保険の資格情報をマイナンバーに連携済み				
振込先	銀行・信用金庫・農協		口座番号	普通・当座	
	本店・支店・出張所　店番		（フリガナ） 口座名義人		
	※別世帯の方や第三者が口座名義人となっている場合は、下記委任欄に必ず御記入ください。 上記医療費の受領を＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　に委任します。 委任者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印				

※注意事項

1　患者氏名、診療日、保険点数（又は総医療費）及び自己負担額が記載された領収書を添付してください。健康保険から別途支給を受けられている場合、その支給決定通知書も必ず添付してください。

2　委任者の氏名の欄には、記名し押印することに代えて、署名することができます。

3　医療費の支給は、申請月から約３か月後になります。

…… 市記入欄 ……

確認書類	◎１点確認でよいもの ・運転免許証　・個人番号カード　・パスポート　・身体障害者手帳　・療育手帳　・精神保健手帳　・在留カード ・その他官公署から発行された顔写真付書類（　　）
	◎２点確認でよいもの ・健康保険証　・資格確認書　・介護保険証　・年金手帳　・各種年金証書　・学生証　・社員証　・児童扶養手当証書 ・母子手帳　・生活保護受給者証　・福祉医療費受給券　・その他（　　）

	診療期日	区分	保険診療総点数又は総額		一部負担金	備　考
	医療機関名					
□ □	年　月 日～　日	入 外	点 円	小・精・特 育・更・他	円	
	医療機関名					
□ □	年　月 日～　日	入 外	点 円	小・精・特 育・更・他	円	

	診療月		診療総点数	給付割合	一部負担金	高額療養費	附加給付	自己負担金	助成額
□ □	・	入 外	点	／ １０	円	円	円	円	円