

医療費支給申請書

令和7年 12月 2日

(宛先)  
大津市長



申請者 住所 大津市御陵町3-1

氏名 大津 太郎

電話番号 077-528-2653

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                                                                                                                                                 | 82250010 |  | 受給者番号  | 1234567       |         |
|                           | 氏名                                             | 大津 太郎                                                                                                                                                |          |  | 生年月日   | 昭和21年 11月 10日 |         |
| 御加入の健康保険                  | 記号・番号                                          | 記号                                                                                                                                                   | 滋賀       |  | 番号     | 1234567       |         |
|                           | 被保険者氏名                                         | 大津 太郎                                                                                                                                                |          |  |        |               |         |
|                           | 保険者名称                                          | <input checked="" type="checkbox"/> 大津市国民健康保険 <input type="checkbox"/> 滋賀県国民健康保険 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 支部 <input type="checkbox"/> （その他） |          |  |        |               |         |
|                           | <input type="checkbox"/> 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   | 100684        |         |
|                           | 大津市役所                                          |                                                                                                                                                      | 店番       |  | (フリガナ) |               | オオツ タロウ |
|                           | 本店・支店                                          |                                                                                                                                                      | 出張所      |  | 口座名義人  |               | 大津 太郎   |
|                           | ※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 委任者氏名 印 に委任します。 |                                                |                                                                                                                                                      |          |  |        |               |         |

※注意事項

本人、親権者(乳幼児・子ども医療)、同一世帯の扶養義務者以外の口座に振り込む場合、こちらの委任欄への記載が必要

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。健康保険の場合、その支給決定通知書も必ず添付してください。押印することに代えて、署名することができます。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<br>・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<br>・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<br>・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<br>・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 | 入 外 | 点 円         | 小・精・特 育・更・他 | 円     |    |
| 医療機関名 |     |             |             |       |    |
| 年 月 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 |
| 年 月 日 | 点     | 10   | 円     | 円     | 円    | 円     | 円   |