

医療費支給申請書

令和6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		<input type="checkbox"/> 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	滋賀 <input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 農協		口座番号	普通当座	1 0 0 6 8 4		
	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 _____ に委任します。 委任者氏名 _____ 印							

健康保険の資格情報とマイナンバーカードを連携されている方はチェックしてください。

※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。委任者印することによって、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 ・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				
<input type="checkbox"/>	年 月 日 ~ 年 月 日	入 外	点 円	小・精・特 育・更・他
医療機関名				
<input type="checkbox"/>	年 月 日 ~ 年 月 日	入 外	点 円	小・精・特 育・更・他

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
<input type="checkbox"/>	入 外	点	10	円	円	円	円