

医療費支給申請書

(宛先)
大津市長

年 月 日

申請者 住所

氏 名

電話番号

受付印

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 | <input type="checkbox"/> 大津市国民健康保険 | | <input type="checkbox"/> 滋賀県後期高齢者医療広域連合 | |
| | | <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 | |
| | 店 番 | | (フリガナ) | | |
| | | | 口座名義人 | | |
| | 本店・支店・出張所 | | | | |
| | ※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 ・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 |