

## 医療費支給申請書

年 月 日

(宛先)

大津市長



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 名稱	□大津市国民健康保険 □全国健康保険協会		□滋賀県後期高齢者医療広域連合 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	・	・	・	・	・	・	・	
	店番 本店・支店・出張所				(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

- 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。
- 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。
- 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	小・精・特 育・更・他		円	
医療機関名						
□ 年 月 □ 日～ 日	入 外	点	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