

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				
	保険者名称	<input type="checkbox"/> 大津市国民健康保険 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 _____ 支部		<input type="checkbox"/> 滋賀県後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> (その他) _____	
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)		
	本店・支店・出張所		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。
- 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 ・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 円				
医療機関名								
<input type="checkbox"/>	年 月 日 ~ 年 月 日	入外	点 円	小・精・特 育・更・他 円				
<input type="checkbox"/>	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	円