

医療費支給申請書

令和3年6月15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。

Table with columns for recipient details (助成対象者), insurance information (御加入の健康保険), and bank details (振込先).

Table for bank transfer details (振込先) including bank name (滋賀), branch (大津市役所), and account number (口座番号).

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

委任者氏名 印

(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。健康保険から給付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 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

Table for required documents (確認書類) listing items like driver's license, passport, and insurance certificates.

Table for medical treatment details (診療) including date, location, insurance points, and costs.

Summary table for medical costs (診療月) showing total points, payment ratio, and various cost amounts.