

- ☐ 重度心身障害者
- ☐ ひとり親家庭 医療費支給申請書
- ☐ 子ども

伊予市長様

受給(資格)者又は家庭主等

住 所 伊予市

氏 名

※本人自ら署名した場合は、押印不要です。
(電話 自宅・携帯)

受付印

医療費について次のとおり申請します。		療 養 費 種 別		受給者番号							
診療年月	令和 年 月	診療・薬剤・看護・装具・柔整・マッサージ									
受 取 金融機関	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 本店(所)		口座種別	1. 普通 2. 当座	口座番号						
	<input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 支 店		フリガナ								
	<input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 出張所		姓)	名)							
	<input type="checkbox"/> 支 所										

○上記の太枠内に記入してください。また、下記の太枠内は、病院等で証明してもらってください。
○受給者等と口座名義人が異なる場合は、別に委任状が、また、死亡の場合は念書が必要です。
○病院別、月別（総合病院の場合は、診療科別）に申請してください。

保 険 医 療 機 関 等 証 明 欄	受給者氏名						保 険 者 番 号									
	大・昭・平・令 年 月 日生															
	被 保 険 者 番 号		記号					一 部 負 担 金 の 割 合	1 ・ 2 ・ 3							
			番号													
	診 療 期 間	1. 入 院	令和 年 月 日から	実日数		他 法 公 費 種 別	結34・結35・更生・育成・その他 精32・精29 1・2・3・4・5									
	2. 外 来	令和 年 月 日まで	()日													
総診療 報 酬 点 数	点	徴 収 基 準 月 額	円	他 公 費 負 担 額	円	受領金 額	円									
上 記 の と お り 証 明 し ま す 。																
保険医療機関等																
所在地																
名 称																
氏 名																
(署名又は記名押印)																

以下は、記入しないでください。

助成額

円