

- 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		受給者番号							
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	口座 名義人	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				大・昭・平・令 年 月 日生		保険者番号							
	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	()日	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												
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							
<p>上記のとおり証明します。</p> <p>保険医療機関等</p> <p>所在地</p> <p>-----</p> <p>名称</p> <p>-----</p> <p>氏名</p> <p>-----</p> <p>(署名又は記名押印)</p>														

以下は、記入しないでください。

助成額	円
-----	---