

申請書は1カ月で1枚必要です

＊「領収金額」と「診療点数」のいずれか低い方で計算を行うため、
領収書の金額と支給金額が一致しない場合があります。

福祉 子育て支援 医療費支給申請書

R 年 月 日

八幡市長様

申請者 住所 八幡市

受給者が18歳未満の
場合、申請者は保護者

氏名

TEL

()

下記のとおり、福祉
子育て支援 医療費の支給を申請します。

受給者氏名	☐ 申請者に同じ (生年月日 S・H・R 年 月 日)							
診療年月	R 年 月 受診分							
受給者証の負担者番号 及び 受給者番号	負担者番号	4						
	受給者番号							

＊裏面に受診された医療機関を記入してください。

☐

← 前回申請口座と同様の場合はチェックを入れてください。

振込金融機関・店名	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 本店 支店							
口座種別・番号	普通							
口座名義人（カタカナ）								

＊受給者が18歳以上で、振込口座名義人が受給者と異なる場合は、委任状欄に記入してください。

委任状	私は、下記の者を代理人と定め、上記給付金の受領に関する権限を委任します。							
	委任者(受給者)住所				氏名			
	受任者住所				氏名 (受給者との続柄)			

医療費支給申請補助用紙

* 太枠内の医療機関名のみご記入ください。

区分	医療を受けた病院名等	診療期間	診療 日数	総点数	窓口 徴収額	一部 負担額	高額 療養費	給付額
入院		～	日	点	円	円	円	円
		～	日	点	円	円	円	円
入院外 (通院)		～	日	点	円	円	円	円
		～	日	点	円	円	円	円
		～	日	点	円	円	円	円
		～	日	点	円	円	円	円
		～	日	点	円	円	円	円
歯科		～	日	点	円	円	円	円
		～	日	点	円	円	円	円
調剤 (薬局)		～	日	点	円	円	円	円
		～	日	点	円	円	円	円
		～	日	点	円	円	円	円
補装具		～	日	点	円	円	円	円
		～	日	点	円	円	円	円
訪問看護		～	日	点	円	円	円	円
高額		～	日	点	円	円	円	円
		～	日	点	円	円	円	円