

## 医療費支給申請書

令和 年 月 日

(申請者) 住所 小松市 町 番地

氏名

(あて先) 小松市長

(電話 - )

別添領収証明書(領収書)のとおり医療費を支払ったので申請します。なお、本申請の審査に必要な範囲で、所得状況その他審査に関する事項の調査について同意します。

受給者証番号	小K 小母 小父

診療を受けた人の氏名	フリガナ	個人番号	
		生年月日	S H R 年 月 日

加入保険	1~3いずれかに○してください。	1. 前回と同じ 2. 新規 3. 変更 (変更のとき、保険変更届を提出してください)
------	------------------	---

加入保険の被保険者氏名		(保険者番号)	
記号・番号	(記号)	(番号)	保険者名称

振込先	1~3いずれかに○してください。	1. 前回と同じ 2. 新規 3. 変更 (変更のとき、振込先変更届を提出してください)
-----	------------------	--

領収内訳 (事務処理欄のため、以下の欄は記入しないで下さい。)

	診療年月	医療機関	入院・外来	初日	日数	点数	支払額	備考
1	年 月		入 外	日	日間			
2	年 月		入 外	日	日間			
3	年 月		入 外	日	日間			
4	年 月		入 外	日	日間			
5	年 月		入 外	日	日間			
6	年 月		入 外	日	日間			
7	年 月		入 外	日	日間			
8	年 月		入 外	日	日間			
9	年 月		入 外	日	日間			
10	年 月		入 外	日	日間			
11	年 月		入 外	日	日間			
12	年 月		入 外	日	日間			

- ・申請の都度1枚申請書を提出してください。
  - ・診療月の翌月以降1年以内に申請してください。
  - ・領収証明書(領収書)を添付して下さい。
- (レシート分は、月ごとに医療機関で保険診療分の医療費領収証明書を書いてもらってください。)

支払額合計

市記入欄(本人)		市記入欄(代理人)	
身分確認	番号確認	代理権確認	代理人身分確認
<input type="checkbox"/> MN	<input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 住民票	<input type="checkbox"/> 保護者の身分証	<input type="checkbox"/> MN
<input type="checkbox"/> 免許証	<input type="checkbox"/> 通知 <input type="checkbox"/> 端末	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本	<input type="checkbox"/> 免許証
<input type="checkbox"/> 他( )	<input type="checkbox"/> 他( )	<input type="checkbox"/> 委任状	<input type="checkbox"/> 他( )