

医療費支給申請書

平成 年 月 日

(申請者) 住所 小松市 町 番地

氏名 (印)

(電話 -)

(あて先) 小松市長

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、世帯に係る所得調査及び市民税課税台帳の確認に同意します。

受給者証番号	小K 小母 小父
診療を受けた人の氏名	S 年 月 日 H
保険証	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)
保険証の被保険者氏名	(記号) (番号) 保険証発行機関名 (保険者番号)
保険証の記号・番号	(記号) (番号)
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。支払額合計
 - ・ 申請時に医療受給者証、健康保険証、印鑑を持参してください。
 - ・ 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。)

