

医療費助成金請求書

年 月 日

八幡浜市長 様

下記のとおり、一部負担金に係る助成を受けたいので、助成金の額を証する書面を添え請求いたします。

受給資格者又は代理人 住所・氏名・電話番号

<input type="checkbox"/> 重度心身障害者医療費
<input type="checkbox"/> ひとり親家庭医療費
<input type="checkbox"/> 子ども医療費

<input type="checkbox"/> 一般診療(県外)
<input type="checkbox"/> 治療用装具
<input type="checkbox"/> その他 ()

住 所
氏 名 (印)
(電話番号)

受給者氏名 (生年月日)	(年 月 日)	受給者番号
-------------------	-----------	-------

加入医療保険	保 険 種 別	記 号	番 号
	世 帯 主 名 被 保 険 者 名	保 険 者 番 号	

診療明細	診 療 月	年 月	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	自 年 月 日 至 年 月 日	
	傷 病 名				
	診療報酬総点数		点	一部負担金の割合	区 分
	控除額	他法公費負担 (種別:)	円	/10	<input type="checkbox"/> 未就学者 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 前期高齢・後期高齢
保 険 診 療 外		円			

上記のとおり領収したことを証明します。 年 月 日

保険医療機関等 所在地

名 称

開設者名

金融機関等の預金口座	金融機関名	銀行 農協	種別	口座番号	口座名義人
	支店等名	支店 支所	当座 普通		

請求にあたっての確認事項	限度額適用認定証等を使用しましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 交通事故等(第三者行為)による傷病ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (受給者がお子さんの場合)学校等での傷病ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
--------------	--

本人負担額	高額療養費	附加給付費等	保険診療外	助成決定額
円	円	円	円	円