

医療費助成申請書兼口座振替依頼書

四條 巖市長 宛

提出日 年 月 日
申請者 住所 四條 巖市
(保護者等) 氏名
電話

次のとおり医療費の支給を申請しますので、下記金融機関の口座に振り込んでください。
なお、申請に伴い、受診者の健康保険加入状況について公簿等により審査されることに同意します。
また、添付する領収証等について、医療機関等に照会することに同意します。

受給医療 受給者番号 氏名 生年月日 住所
加入公的医療保険 記号 番号 保険者名 保険者番号 保険者電話
振り込み口座 種目 口座番号 名義人(カタカナ)
医療費控除申告の予定あり。 他の助成制度・国の公費負担医療制度を利用している。

添付書類：医療機関発行の領収証の原本(受診された方の氏名・保険点数・診療日数が入ったもの)
小児慢性特定疾病や更正医療等の受給者証等・自己負担上限額管理票(対象の人のみ)

※領収証は原則お返ししません。医療費控除申告のため原本が必要な場合には、上の申告予定欄にチェックをいれてください。
受付日の翌月20日頃お送りする支給決定通知書に同封させていただきます。
※自己負担分が発生しない領収証はお返ししませんので、ご了承ください。

受付日

来庁者…父・母・本人・他()
来庁者の本人確認書類
マイナンバーカード 運転免許証
医療証 在留カード パスワード
その他()

処理欄 保護者変更 要・不要

受理票交付番号

キリトリ

申請書受理票

受理票交付番号

受付日

医療費助成申請書兼口座振替依頼書を受理しました。

申請者 続柄
受診者

申請者の氏名・続柄・受診者の氏名のご記入をお願いします。
受付日の翌月20日ごろに助成額を記した支給決定通知書をお送りいたします。
振込日は受付日の翌月25日(金融機関休業日の場合は前営業日)となります。
なお、領収書に関して健康保険組合や医療機関等に確認が必要になった場合はこの限りではありません。