

医療費助成申請書兼口座振替依頼書

か た み ほん
書き方見本

し じょうなわて し ちょう あて
四 條 巖 市 長 宛

ていしゅつ び ねん がつ にち
提出日 年 月 日

しんせいしや じゅうしよ し じょうなわて し
申請者 住所 四 條 巖 市 中 野 本 町 1 番 1 号

げんそく ふ ほ しよとく
原則、父母のうち所得の
たか かつ き にゆう
高い方をご記入ください。

ほ ごしやとう し めい
氏名 ① 巖 さつき

らいちよう かつ ほんにんかくにんしよるい わす
来庁される方の本人確認書類をお忘れなく。
まい なん ばー かー ど うんてんめんきよしよ
(マイナンバーカード・運転免許証など)

つぎ の とお り 医 療 費 の 支 給 を 申 請 し ま す の で 、 下 記 金 融 機 関
な お 、 申 請 に 伴 い 、 受 診 者 の 健 康 保 険 加 入 状 況 に つ い て
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 。

じゆきゆういりよう 受給医療
 子ども医療 ひとり親家庭医療
まい な ほけんしよ とうろく あり なし
マイナ保険証 登録 (有 無)

② 受診者	じゆきゆうしやばんごう 受給者番号	71234567	か に ゆう こう てき いり よう ほけん 加入 公 的 医 療 保 険	きごう 記号	200
	し めい 氏 名	巖 花子		ばんごう 番号	5000 (えだばん 枝番) 02
	せいねんがっ び 生年月日	R4年 9月28日		ほけんしやめい 保険者名	△▲健康保険組合
	じゅう しょ 住 所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> その他: 四 條 巖 市		ほけんしやばんごう 保険者番号	87654321
				ほけんしやばんごう 保険者電話	072-877-××××

ふりこみ 振込 口座	ぎんこう 銀行	してん 支店	しゅもく 種目	こうざばんごう 口座番号	めいぎにん かたかな 名義人(カタカナ)
	〇〇〇	●●	ふ とう 普 当	1 2 3 4 5 6 7	ナワテ サツキ

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
■添付書類: 医療機関発行の領収証の原本(受診された
① でご記入の方のご名義でお願いします

びやういん かつ しんせいしよ まいひつよう
病院にかかった方、ひとりにつき申請書が1枚必要です。
りょうしゅうしよ つきべつ しんりよう き かんべつ じゆしんつき よくげつ い
領収証は、月別・診療機関別にまとめ、受診月の翌月以
こう ていしゅつ きょうりよく ねが
降に提出いただきますよう、ご協力をお願いします。
まいつき げつまつ うけつけぶん よくげつ にち きゅうじつ ば あい まええい
毎月、月末までの受付分を翌月25日 (休日の場合は、前営
ぎょう び してい こうざ ふ こ
業日) にご指定の口座に振り込みます。
こうざ ぶりかえ らん しんせいしやめいぎ こうざ きにゆう
口座振替の欄には、申請者名義の口座を記入してください。

医療費助成申請書兼口座振替依頼書を受理しました。

③ しんせいしや 申請者	巖 さつき	ぞくがら 続柄	父または母
じゆしんしや 受診者	巖 花子		

しんせいしや し めい ぞくがら じゆしんしや し めい きにゆう ねが
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。
うけつけ び よくげつ にち じよせいがく する しきゆうけつていつうちしよ おく
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。
ふりこみ けつ び よくげつ にち きんゆうき かんきゆうぎょう び あい げんえいぎょう び
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。
りょうしゅうしよ かん けんこうほけんくみあい いりようきかんとう かくにん ひつよう ばあい かぎ
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。