

医療費助成申請書兼口座振替依頼書

書き方見本

四條 巖市長 宛

提出日 年 月 日
申請者 住所 四條 巖市 中野本町1番1号
氏名 巖 さつき
電話

① 父母のうち所得の高い方をご記入ください

巖

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
なお、添付する領収証について、医療機関に照会することに同意します。

印鑑(認印)をお忘れなく

受給医療 受診者 健康保険証
受給者番号 71234567
氏名 巖 花子
生年月日 30年 4月 2日
住所 申請者と同じ 四條 巖市
記号番号 200-5000
保険者名 健康保険組合
保険者番号 87654321
保険者電話 072-877-XXXX
振込口座 〇〇〇銀行 支店 普当 口座番号 1234567 名義人(カタカナ) ナワテ サツキ

②

① でご記入の方のご名義でお願いします

添付書類: 医療機関発行の領収証の原本(受診された方)

病院にかかった方、ひとりにつき1枚申請書は必要です。
領収証は、月別・診療機関別にまとめて提出いただきますよう、ご協力をお願いします。
毎月、月末までの受付分を翌月25日(休日の場合は、前営業日)にご指定の口座に振り込みます。
口座振替の欄には、申請者名義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。

申請者 巖 さつき 続柄 父または母
受診者 巖 花子

③

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。
振り込みは受付日の翌月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。