

# 医療費支給申請書の記載例

太わくの中を記入してください。

子ども  
 障害者  
 ひとり親家庭等

医療費支給申請書

受付番号

受付年月日

(あて先) 名古屋市長

平成 23 年 1 月 11 日

住所 名古屋市 千種区 ○○町 2 丁目 974 番地

○○マンション 1 201

氏名 名古屋 市太郎

(☎○○○-○○○)



医療費支給申請書には朱肉を使用する印の押印が必要です。

次のとおり申請します。

※健康保険証をみて記入してください。

記号・番号 1 2 3 1 2 3 4 5

加入医療保険

発行機関 保険者番号 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

名称 ○○健康保険組合

医療証番号 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

傷病名  別添のとおり  不詳  
 他 (

療養期間 平成 22 年 8 月 12 日から 8 月 14 日まで ( 3 日間)

医療機関 所在地  別添のとおり  
 別添のとおり  
 別添のとおり

入院・入院外の別  入院 家族療養附加金等の有無  有  無

申請額 2,000 円

記入方法等が不明な場合は、空欄にしてください。領収書確認、聞き取り確認等のうえ、窓口で補記させていただきます。また、領収書等を確認させていただき、記入に誤りがある場合は窓口で補正します。

子ども氏名 名古屋 市次郎  
 (生年月日 平成 21 年 3 月 2 日)

支給決定額は次の口座へ振り替えてください。

金融機関名 市役所 銀行 三の丸 本店 支店  
 1 2 3 4 信用金庫 2 3 4 出張所  
 信用組合

預金科目 普通 当座 口座番号 1 2 3 4 5 6 7

口座名義人 ナゴヤ イチタロウ  
 カタカナで書いてください。

申請理由  国民健康保険法による療養費が支給された  
 社会保険各法による療養費又は療養費に相当する家族療養費が支給された  
 県外受診  
 証未提示  
 その他 (

医療費支給申請を行う理由のうち、該当するものにチェック  してください。

受付

預金通帳等の確認

電算入力

該当する医療費助成制度にチェック  してください。

医療費助成対象者の住所、氏名等をご記入ください。マンション等の場合は、棟や号まで正確にご記入ください。

加入している健康保険証をご確認のうえ、ご記入ください。

子ども医療費の支給申請の場合は、お子さんの氏名及び生年月日をご記入ください。

預金通帳等をご確認のうえ、対象者本人の振込先をご記入ください。

ここから下は記入しないでください。

●持参するもの  
 領収書・印鑑・預金通帳等  
 健康保険証・医療証