

医療費支給申請書の記載例

太わくの中を記入して下さい。

第三者行為 有・無

該当する医療費助成制度にチェック☑して下さい。	<input type="checkbox"/> 子ども <input checked="" type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等		医療費支給申請書		受付番号	
	(あて先) 名古屋市長				受付年月日	
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。対象者が未成年の場合は、区役所・支所にお問い合わせください。		住所		令和元年 5月 7日 名古屋市千種区〇〇町2丁目974番地 〇〇マンション 1棟123号		
		氏名		名古屋 市太郎 (☎〇〇〇-〇〇〇)		
次のとおり申請します。		医療証番号		〇〇〇〇〇〇		
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。	※健康保険証をみて記入してください。		傷病名		<input type="checkbox"/> 別添のとおり <input type="checkbox"/> 不詳 <input checked="" type="checkbox"/> 他 ()	
	記号・番号	1 2 3 1 2 3 4 5		療養期間 平成31年 4月 2日から 10日まで (9日間)		
医療機関	発行機関 都道府県健康保険組合等	保険者番号 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	所在地 <input type="checkbox"/> [] <input checked="" type="checkbox"/> 別添のとおり		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。	
	名称 〇〇健康保険組合	医療機関 名称 <input type="checkbox"/> [] <input checked="" type="checkbox"/> 別添のとおり				
子ども氏名 (生年月日 年 月 日)				申請額 2,000円		
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 信用金庫 1 2 3 4 出張所 信用組合 1 2 3		入院・入院外の別 <input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外 家族療養附加金等の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		
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。		預金科目 普通 当座 口座番号 1 2 3 4 5 6 7		申請理由 <input type="checkbox"/> 国民健康保険法による療養費が支給された <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 県外受診 <input type="checkbox"/> 証未提示 <input type="checkbox"/> その他 ()		
口座名義人 カタカナで記入してください。 ナゴヤ イチタロウ				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☑して下さい。		
				受付	預金通帳等の確認	電算入力