

# 医療費支給申請書の記載例

該当する制度にしてください。

- 子ども
- 障害者
- ひとり親家庭等

## 医療費支給申請書

医療証の「対象者」の欄に記載された方の住所・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。  
※氏名欄は、対象者が自筆で署名してください。署名が困難な場合は対象者の身分証の写しを添付してください。

子ども医療証の場合は、お子さまの氏名等をご記入ください。

ご加入の健康保険情報を確認の上、ご記入ください。

預金通帳等をご確認の上対象者本人の振込先をご記入ください。

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、聞き取りの上、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誤りがある場合は窓口で補正します。

(宛先)名古屋市長

(以下には記入しないでください)名古屋市処理欄

※太枠の中を記入してください。

		受付番号																		
申請日		年 月 日		医療証番号		1	2	3	4	5	6	7	8							
申請者	住所	名古屋市 千種 区 ○○町2丁目974番地 ○○マンション1棟201号																		
	氏名	名古屋 太郎																		
子ども氏名		名古屋 市子										生年月日：平成24年12月22日(12歳)								
電話番号		090-○○○○-○○○○				個人番号														
加入医療保険	記号番号	123 4567																		
	保険者番号	0	1	2	3	0	0	1	0	保険者名称		全国健康保険協会愛知支部								
振込口座	金融機関名	市役所				銀行 金庫 組合 農協		店舗名		三の丸				本店 支店						
	コード	1	2	3	4	店舗コード		1	2	3	出張所									
	預金種目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> 当座										口座番号		1	2	3	4	5	6	7
	口座名義人	(カナで書いてください) ナゴヤ タロウ																		
受診状況	療養期間	令和6年12月11日から				13日まで(2日間)				入外別		<input checked="" type="checkbox"/> 入院・ <input type="checkbox"/> 外来								
	医療機関名	<input checked="" type="checkbox"/> 別添のとおり・ <input type="checkbox"/> 名称〔 〕																		
付加金等の有無		<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無				申請額		10,000円												

(以下には記入しないでください)名古屋市処理欄

受付		預金通帳等の確認	
電算入力		第三者行為の有無	有・無

～窓口で代理の方がお越しになる場合～  
あらかじめ対象者の方にご記入いただいた委任状をお持ちいただくと、申請を円滑に行うことができます。  
委任状様式は公式ウェブサイトに掲載していますのでご使用ください。